

THÈSE

65

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

H A R A N T Yves, Jean-Pierre

Externe des Hôpitaux de Paris
Diplômé du C.E.S. de Médecine Légale
né le 22 Septembre 1929 à PARIS 9ème

Présentée et soutenue publiquement le :

ASPECTS MEDICO-LEGAUX DE QUELQUES PROBLEMES SOULEVES
PAR LA VIE SEXUELLE DE LA FEMME : Attentat à la pudeur,
viol - Avortement thérapeutique - Stérilisation préven-
tive - Insémination artificielle - Avortement criminel -
Méthodes anti-conceptionnelles - Traumatisme et grossesse.

Président : Mr PIEDELIEVRE, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : HARANT

Prénom : Yves, Jean-Pierre

Date de soutenance :

N° d'ordre :

1

HARANT, Yves, Jean-Pierre
Aspects médico-légaux de quelques problèmes soulevés par la vie sexuelle de la femme.
Paris Dact. In 4° 136 p.
Thèse Méd. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

2

HARANT, Yves, Jean-Pierre
Aspects médico-légaux de quelques problèmes soulevés par la vie sexuelle de la femme.
Paris Dact. In 4° 136 p.
Thèse Méd. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

3

HARANT, Yves, Jean-Pierre
Aspects médico-légaux de quelques problèmes soulevés par la vie sexuelle de la femme.
Paris Dact. In 4° 136 p.
Thèse Méd. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

3

HARANT, Yves, Jean-Pierre
Aspects médico-légaux de quelques problèmes soulevés par la vie sexuelle de la femme.
Paris Dact. In 4° 136 p.
Thèse Méd. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

ANNEE 1959

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

H A R A N T Yves, Jean-Pierre

Externe des Hôpitaux de Paris
Diplômé du C.E.S. de Médecine Légale
né le 22 Septembre 1929 à PARIS 9ème

Présentée et soutenue publiquement le :

ASPECTS MEDICO-LEGAUX DE QUELQUES PROBLEMES SOULEVES
PAR LA VIE SEXUELLE DE LA FEMME : Attentat à la pudeur,
viol - Avortement thérapeutique - Stérilisation préven-
tive - Insémination artificielle - Avortement criminel -
Méthodes anti-conceptionnelles - Traumatisme et grossesse.



Président : Mr PIEDELIEVRE, Professeur

THÈSE

ÉCOLE DE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

M. A. H. T. Yves, Jean-Pierre

Externe des Hôpitaux de Paris
Diplôme de D. E. S. de Médecine Légale
né le 22 Septembre 1929 à PARIS 9ème

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Présentée et soutenue le :

ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX DE QUELQUES PROBLÈMES SOULEVÉS
PAR LA VIE SEXUELLE DE LA FEMME : Attentat à la pudeur,
viols - Avortement thérapeutique - Stérilisation gynécologique -
tative - Installation artificielle - Avortement criminel -
Méthodes anti-conceptionnelles - Traitements et prophylaxie.

Président : M. PIERRE-LÉVY, Professeur

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marlon (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Strohl (A.), Tanon, (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique	REDON (H.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
	MÉNÉGAUX (G.)
	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	de GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MATHEY (J.)
Clinique génétique médicale	LAMY (M.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	Broussais
	DE GENNES (L.)
	Cochin
	MOREAU (R.)
	Hôtel-Dieu
	BARIÉTY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
	Baudelocque
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	Port-Royal
	VARANGOT (J.)
	Tarnier
	LANTUEJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pédiatrie Sociale	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIÉ (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Medecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Medecine du Travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (G.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Tec nique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES — AGRÉGÉS

MM.		MM.	
Anatomie	DELMAS (A.), pr. s. ch. CABROL (G.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)	Pathologie chirurgicale . . .	BARCAT (J.) CAUCHOIX (J.) DUBOST (C.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) THOMERET (G.) VERNE (J. M.) N... N...
Anatomie pathologique . . .	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.)	Pathologie expérimentale . .	LËPER (J.) MAURICE (P.) HAGUENAU (J.), pr. s. ch. BOUDIN (G.) BOUVIER (J.B.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DEROT (M.) DOMART (A.) LAMOTTE (M.) LAROCHE (C.P.) MACREZ (Cl.) MILLIEZ (P.) PÉQUIGNOT (H.) RAMBERT (F.) ROYER (P.) THIEFFRY (St.) TURIAT (J.) WOLFROMM (R.) N...
Anesthésiologie	N... N...	Pathologie médicale	JOSEPH (R.) LOZZICONACCI (P.) POLONOVSKY (Cl.) LEVY (Mlle J.), pr. s. ch. N...
Bactériologie	HAUDURQY (P.) pr. s. ch. (dét.) NÉVOT (A.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.) BARBIER (P.)	Pédiatrie	BARJETON (D.), pr. s. ch. PARROT (J.), pr. s. ch. DEJOURS (P.) GOUGEROT (L.) N...
Biochimie médicale	ETTORI (J.), pr. s. ch. (dét.) DESCREZ (P.), pr. s. ch. POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (G.)	Pharmacologie	LEVY (Mlle J.), pr. s. ch. N...
Biologie médicale	BOURLIÈRE F.)	Physiologie	BARJETON (D.), pr. s. ch. PARROT (J.), pr. s. ch. DEJOURS (P.) GOUGEROT (L.) N...
Carcinologie	N... N...	Physique médicale	KREIS (B.) PICHOT (P.) N...
Dermato-Syphiligraphie . . .	DUPERRAT (B.)	Pneumo-Phthisiologie	DELBARRE (F.) CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.) CHASSAGNE (P.) PERRAULT (M.) KUSS (R.)
Electro-Radiologie	N...	Psychiatrie	DE SÈZE (S.) MAYER (M.) OFFRET (G.) LAPLANE (R.) BARUK (H.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)	Psychiatrie infantile	N...
Hématologie	N... N...	Rhumatologie	N...
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. N...	Stomatologie	N...
Hydrologie	CORNET (A.)	Thérapeutique	N...
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. DEPARIS (M.), pr. s. ch.	Urologie	N...
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DEROBER (L.), pr. s. ch.		
Médecine légale	GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)		
Neurologie	LHERMITTE (F.) GRASSET (J.) LE LORIER (G.) LEPAGE (F.) MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.)		
Obstétrique	BRÉGEAT (P.) DESVIGNES (P.) JUDET (R.) AUBRY (M.) MADURO (R.)		
Ophthalmologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)		
Orthopédie	RUDLER (J.) pr. s. ch. (dét.) ABOULKER (P.)		
Oto-rhino-laryngologie			
Parasitologie			
Pathologie chirurgicale			

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
Clinique chirurgicale	AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LÉGER (L.) PADOVANI (P.) ROUX (M.)	Clinique neurologique	DE SÈZE (S.)
Clinique médicale	DREYFUS (Gilbert) KOURILSKY (R.)	Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)	Clinique ophtalmologique . . .	OFFRET (G.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)	Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)		
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND MERE

A MES PARENTS

Je dédis ce travail qui est le leur puisque
je leur dois tout.

A MA TANTE HELENE, A MA TANTE ANDREE

en témoignage de ma profonde affection

A MA FEMME

dont le coeur et l'intelligence me sont
si précieux,

A MON AMI Jean-Jacques VAN ROYEN

A MES AMIS M. et Mme P. MARTIN, le Docteur Yves GUILLERMO.

A TOUS MES AMIS.

A Monsieur le Professeur René PIEDELIEVRE

Professeur de Médecine Légale à la
Faculté de Médecine de Paris.
Commandeur de la Légion d'Honneur.

qui nous a fait le très grand
honneur de nous confier ce
travail et d'accepter la présence
de notre thèse.

A Monsieur le Professeur René PIEDELIEVRE

Professeur de Médecine Légale à la
Faculté de Médecine de Paris.
Commandeur de la Légion d'Honneur.

qui nous a fait le très grand
honneur de nous confier ce
travail et d'accepter la présence
de notre thèse.

A Monsieur le Docteur Georges THOMERET

Chirurgien des Hopitaux de Paris
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

qui depuis de si nombreuses années
nous fait l'honneur de nous accorder
son amitié.

Ce travail puisse-t-il lui exprimer
notre gratitude et de notre reconnaissance
de l'exemple que son coeur et son exception-
nelle intelligence apportent à tous ceux
qui ont le privilège de le connaître.

A Monsieur le Docteur Jean SEGUY

Gynécologue-accoucheur des Hopitaux de Paris
Chef du service de la Maternité de l'Hotel Dieu
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Au cours d'une trop brève période
où nous avons rempli les fonctions
d'interne dans son service son incomparable
enseignement nous guidé à travers les
difficultés de la gynécologie et de
l'obstétrique.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX

STAGE

Monsieur le Professeur FEVRE
Monsieur le Professeur PASTEUR-VALLERY-RADOT

Monsieur le Professeur QUENU
Monsieur le Docteur LAMBLING

Monsieur le Professeur BARIETY
Monsieur le Docteur CHEVALLEY

Monsieur le Docteur BOLGERT
Monsieur le Professeur MOLLARET
Monsieur le Professeur Agrégé MEYER

EXTERNAT

Monsieur le Professeur Agrégé COUINAUD
Monsieur le Docteur Jean Jacques WELTI
Monsieur le Docteur MARQUEZY
Monsieur le Professeur LACOMME
Monsieur le Docteur SEGUY
Monsieur le Docteur PESTEL

A NOS AUTRES MAITRES DES HOPITAUX

Monsieur le Professeur Agrégé THOMERET
Monsieur le Docteur CHOUBRAC
Madame le Docteur Solange TROISIER
Monsieur le Docteur BACH
Monsieur le Docteur Raoul HERVE

A NOS MAITRES DE L'INSTITUT MEDICO LEGAL

Monsieur le Professeur Agrégé DEROBERT
Monsieur le Professeur Agrégé VACHER
Monsieur le Professeur Agrégé MICHON
Monsieur le Professeur Agrégé CECCALDI
Monsieur le Docteur Pierre DENIKER
Monsieur le Docteur LEBRETON

I - VIOL et ATTENTAT à la PUDEUR =====

Les attentats à la pudeur et le viol constituent une part importante mais difficile de la pratique médico-légale.

L'expert confirmera ou infirmera l'accusation par l'examen de la victime, écartera l'allégation de "viol" et devra éventuellement procéder à l'examen mental de l'accusé pour savoir s'il était "dément", au sens de l'article 64, au moment des faits qui lui sont reprochés, enfin comme nous le verrons plus loin, il aura soin de dépister une déficience mentale ou une psychopathie chez la "victime".

I/- LEGISLATION

La Cour de Cassation a défini l'attentat à la pudeur comme un acte impudique commis sur une personne contre sa volonté, soit que le défaut de consentement résulte de la violence physique ou morale exercée à son égard, soit qu'il résulte de tout autre moyen de contrainte ou de surprise employé pour atteindre, en dehors de la volonté de la victime, le but poursuivi par l'auteur de l'acte.

Il faut remarquer que la loi ne punit que les attouchements des organes génitaux et non pas ceux des seins ou des fesses. La loi exclut le viol et les pratiques homosexuelles qui sont punis par l'Art. 331 et suivants.

Le viol est défini par la Cour de Cassation comme " la possession d'une femme -vierge ou déjà déflorée - sans son consentement".

Le crime est puni de travaux forcés. Mais la qualification de viol exige 2 conditions :

I/- il faut qu'il y ait eu pénétration ou tentative de pénétration de la verge dans le vagin,

2/- le coupable a usé de violences physiques ou de contraintes morales.

L'accusé peut avoir agi par ruse: sommeil naturel ou hypnose, par surprise ou par force.

Bien que "le viol n'existe pas dans le mariage", le mari qui fait subir à sa femme, par la violence ou par la crainte, des actes contraires à la "fin légitime" du mariage (sodomie conjugale, coït buccal) se rend coupable d'attentat à la pudeur; il peut être également fait application de l'article 232 du Code Civil sur le divorce.

Par ailleurs des lésions génitales graves ont parfois été provoquées par des maris irascibles: coup de couteau à la vulve, arrachage d'une grande lèvre (observations recueillies par notre Maître le Pr. PIEDELIEVRE).

La loi distingue le viol de l'attentat à la pudeur selon que la verge a franchi ou non l'hymen ("organe médico-judiciaire" - SIMONIN) au delà il y a viol et peine de travaux forcés, en deçà il y a attentat à la pudeur et peine de réclusion.

Comme nous le verrons à propos de l'avortement criminel l'Art. 2 du Code pénal permet d'assimiler la tentative de crime suivi de commencement d'exécution au crime lui-même et la tentative de viol peut être assimilée au viol si une grossesse a succédé à un coït vulvaire.

2/- L'ENQUETE MEDICO LEGALE

Les étapes successives de l'examen de la victime sont bien connues ; nous ne les rappellerons que très brièvement:

1/- Recherches des signes locaux :

a/- S'il s'agit d'un jeune enfant :

La pénétration brutale de l'organe viril provoquera presque inévitablement des lésions graves: déchirures importantes avec des traces d'une hémorragie abondante, parfois l'enfant sera "schoké", se plaignant de vives douleurs.

Parfois le défenseur de l'accusé fera valoir qu'il n'y a pas eu pénétration du pénis mais intromission des doigts ou d'un quelconque objet.

Il est exact que si la victime est très jeune il n'a pas pu y avoir de pénétration réelle et on ne trouvera pas d'autres signes locaux qu'une rou-

geur superficielle douloureuse à la palpation, mais la muqueuse vulvaire peut être le siège d'érosions, d'excoriations, parfois des ecchymoses ou même des plaies. Les érosions les plus caractéristiques sont celles laissées par des coups d'ongles qui vont "signer" l'attentat.

b/- Chez les victimes plus âgées qui étaient encore vierges avant le crime, la preuve du viol sera recherchée au cours de l'examen de l'hymen.

L'hymen est en effet le témoin anatomique de la défloration mais la connaissance des variétés de forme est indispensable s'il l'on veut éviter de tragiques méprises.

Dans les 4 formes habituelles de l'hymen :

- annulaire avec un orifice central régulier,
- semi-lunaire ou falciforme avec un croissant à concavité antérieure,
- labié avec ses deux valves verticales séparées par une fente médiane mais réunies à leur pôle supérieur et inférieur,
- en "fer à cheval" voisin du précédent,

les traces de pénétration se retrouvent aisément lorsque la victime est examinée dans les 48 heures ou moins après le viol allégué.

Les bords rouges, encore douloureux, avec parfois déjà un tout début d'infection témoignent d'une déchirure récente.

Les petites incisures peuvent se prolonger jusqu'à l'insertion vaginale de l'hymen ce qui les différencie des incisures congénitales que présente dans certains cas cette membrane; néanmoins, la plus grande circonspection s'impose devant un hymen frangé, lobé ou en corolle.

La pénétration du pénis peut avoir lieu sans déchirure de l'hymen, soit parce que l'intro-mission n'a pas été complète soit dans les rares cas d'hymen dilatable par son élasticité ou lorsque les incisures congénitales permettent un large passage . BUDIN (cité par SIMONIN) aurait retrouvé de telles dispositions anatomiques 13 fois chez 75 primipares.

c/- Chez les femmes déflorées et à plus forte raison chez la multipare l'expertise sera difficile.

Il ne faudra pas compter sur des signes hyménéaux. La recherche des signes associés prendra toute son importance.

B/- Recherche des signes associés :

a/- Les signes de lutte

Chez la victime on recherchera au niveau du périnée de la vulve et des téguments voisins des traces de griffures, d'érailllement, des ecchymoses ou des hématomes.

On recherchera également des ecchymoses au niveau des poignets, des bras, dans la région scapulaire ou dans le dos (victime projetée sur le sol ou contre un mur), parfois le visage portera des traces de griffures, des coups.

La découverte de signes de tentatives de strangulation est capitale car elle permet parfois d'expliquer l'absence d'autres lésions traumatiques, la victime n'ayant pu opposer de résistance à son agresseur .

La découverte de taches de sang, de sperme, la découverte de poils n'appartenant pas à la victime peuvent se révéler capitales.

Chez l'agresseur supposé : rechercher des griffures ou blessures du visage surtout autour de la bouche ou des yeux, rechercher des ecchymoses au niveau du ventre et du bas ventre, des hématomes sur les crêtes tibiales.

Ces signes sont d'un intérêt majeur car ils authenticent le récit de la victime.

b/- Les signes de tentatives de coït

Si l'expertise est effectuée rapidement après l'agression on tentera la recherche de spermatozoïdes dans les sécrétions vaginales, dans la glaire cervicale. La découverte de ceux-ci n'étant en aucun cas une preuve de viol mais d'un rapport sexuel avec éjaculation.

Ailleurs on recherchera des taches de sperme sur les cuisses de la victime ou sur son linge. Il faut savoir la possibilité d'azoospermie chez l'agresseur !

c/- Une appréciation somatique de la "victime" peut être intéressante car s'il y a des viols peu probables lorsque la "victime" paraît au moins aussi robuste que son "agresseur", le magistrat pourra rechercher en cas de viol réel une complicité: la victime ayant été maîtrisée par deux ou trois acolytes.

d/- Enfin l'interrogatoire de la victime s'attachera à dépister une éventuelle déficience mentale ou une psychopathie. Nous y reviendrons.

B/- Au terme de son expertise le médecin ne prononcera pas le mot de "viol", mais il indiquera si la victime présente ou non les signes habituels de la défloration, récente ou ancienne, et s'il a constaté ou non des traces de violence.

3/- LES FAUSSES ACCUSATIONS DE VIOL OU D'ATTENTAT A LA PUDEUR

Ces fausses accusations peuvent être le fait de la "victime" elle-même :

- le coït a été complet et délibérément accepté puis accusation de viol pour sauvegarder les apparences à l'égard de la famille,
- parfois le dépit poussera à accuser de viol celui qui est l'objet de secrètes espérances... déçues.
- ailleurs la femme agira par vengeance contre un ancien amant

Mais l'entourage de la "victime" est parfois l'origine de telles accusations soit à la suite d'une tentative de chantage, soit par vengeance, soit pour discréditer un voisin ou un créancier.

MERLAND et JULLIEN ont montré qu'il existe de fausses accusations faites si l'on peut dire de "bonne foi", par interprétation d'idées délirantes et c'est au médecin-expert qu'il appartiendra de faire la preuve de cet état de démente ... de la victime ou de son entourage.

Nous allons résumer deux observations publiées par MERLAND et JULLIEN.

Observation n° 1 :

Mme G... , agée de 46 ans, accuse son mari de se livrer sur la personne de sa fillette agée de 7 ans à des attouchements sexuels et autres actes impudiques.

Le mari est écroué.

L'enfant ne confirme pas les déclarations de la mère dont le psychisme ne paraît pas altéré de façon évidente. L'enquête ne révèle rien.

Le mari est relâché après 3 mois de "préventive". Un an plus tard Mme G... doit être internée à l'hôpital psychiatrique pour délire hallucinatoire érotomaniac avec des réactions de persécution.

Au cours de son interrogatoire elle rappelle les déclarations qu'elle avait antérieurement portées contre son époux et qui paraissent actuellement comme nettement délirantes.

Observation n° 2 :

Est encore plus intéressante car il s'agit d'une double accusation délirante émanant non seulement de l'accusatrice mais aussi de la "victime":

Céline P..., 43 ans, accuse son mari d'abuser depuis 2 ans de sa fille Suzanne.

Elle fait une déclaration particulièrement explicite dans laquelle elle révèle avoir découvert maintes fois sur l'enfant des traces suspectes et avoir même été le témoin de certaines intimités.

L'enfant, âgée de dix ans, confirme les dires de sa mère. Elle se complait dans certains détails particulièrement obscènes, racontant tous les actes auxquels elle se livrait, non seulement avec son père, mais aussi avec d'autres personnes (filles et garçons) et toujours sur l'ordre de son père disait-elle.

Un examen médico-légal de la fillette montre qu'elle n'a pas été déflorée et qu'elle n'a subi aucune violence.

Le père clame son innocence. Il est reconnu "sain de corps et d'esprit" et est écroué préventivement à la prison des Baumettes.

Trois mois plus tard, l'enquête ayant révélé certaines discordances dans les témoignages, une expertise psychiatrique est demandée pour la dame P... Les antécédents familiaux étaient très lourds au point de vue psychiatrique.

Il s'agissait en fait d'une paranoïaque qui s'était forgée l'idée que son mari la délaissait au profit de sa fille.

L'expertise demandée pour la fille révéla qu'elle était d'une intelligence fort éveillée mais, il s'agissait d'une fillette vicieuse habituée à des masturbations journalières, favorisée par des oxyures, et remontant à l'époque présumée des attentats dénoncés par elle.

- les accusations qu'elle avait portées contre son père et d'autres personnes étaient calomnieuses,
- elle avait subi l'influence de sa mère qui lui avait expliqué les pratiques perverses qu'un homme pouvait demander à une enfant,
- cette enfant avait créé dans son esprit perméable et taré des idées délirantes qui avaient abouti à un récit imaginaire et scandaleux calqué sur le délire maternel.

DIACOYIANNIS et ELLAKIS ont également rapporté le cas d'une fausse accusation de viol conséquence d'un délire systématisé chez une malade atteinte de rage.

Des observations analogues avaient été rapportées autrefois par TROUSSEAU, par AUDRY, par PETER, par TEISSIER.

Ces cas montrent avec quelle prudence doivent être interprétées les accusations et les témoignages des enfants et justifient l'intérêt des expertises psychiatriques dans les affaires d'attentats aux mœurs et de viol; expertise de l'agresseur supposé mais aussi de la personne qui porte l'accusation, du moins dans les cas où la culpabilité de l'accusé n'est pas très nettement établie.

4/- LES AGRESSEURS

La plupart des attentats aux mœurs concernent des enfants (fillettes ou très jeunes filles) victimes d'attentats ou de viol commis par leur père, un voisin, un "logeur".

L'agresseur n'est pas toujours un individu taré mais anormal ou déséquilibré.

Il faut signaler la gravité des peines encourues lorsque l'agresseur est "une personne ayant autorité" (père, employeur, prêtre, médecin, instituteur, etc...).

Les attentats à la pudeur sont souvent commis par des vieillards, parfois appartenant à la famille de la victime.

Rappelons l'aphorisme de THOINOT: "à mesure que l'âge des criminels s'élève celui des victimes s'abaisse".

Quelques fois les auteurs de ces crimes présentent des déviations pathologiques de l'instinct; certains satyres ou certaines nymphomanes hypergénésiques, peuvent présenter une démence ou un syndrome pré-frontal (tumeur, abcès, ramollissement) ou parfois un état toxique ou infectieux.

ERICKSON rapporte l'observation d'une femme de 43 ans atteinte d'une nymphomanie évoluant par courts accès pendant deux ans sans aucun autre signe pathologique.

La signification de ce trouble n'apparut que lorsque l'expérience sensorielle s'accompagna d'un accès Bravais-Jacksonien et se termina par une hémiplégie gauche.

Ainsi fut découverte une néoplasie dont la cure chirurgicale un an plus tard amena la disparition de la nymphomanie.

A Paris en 1944-1945 un psychopathe a commis ou tenté plusieurs attentats aux mœurs sur des femmes enceintes, en général en fin de grossesse.

L'individu se présentait comme médecin attaché à un centre de consultations prénatales et, au domicile des victimes, sous prétexte de "vérifier si tout était en ordre" il abusait ou tentait d'abuser des femmes (publications de BRINDEAU, DESOUBRY, LANTUEJOL).

Les alcooliques chroniques fournissent un lot non négligeable d'agresseurs, soit que l'intoxication crée de toutes pièces des troubles du comportement avec perte du sens moral soit quelle se surajoute à un état mental fruste ou anormal.

BADONNEL a dénombré 41 alcooliques sur 64 inculpés et condamnés pour attentats à la pudeur ou viol.

5/- LA GROSSESSE CONSECUTIVE AU VIOL

A notre connaissance la seule appréciation chiffrée de la fréquence des grossesses consécutives à un viol est celle de SCHRANK et KOCH en 1949.

Dans leur enquête sur 732 cas de viol commis de 1945 à 1947 en Allemagne, l'âge des victimes variant, de 12 à 53 ans avec un maximum entre 20 et 26 ans, il y a eu 469 grossesses, soit 64% des cas.

La survenue d'une grossesse après tentative de viol pose plusieurs problèmes médico-légaux :

1/- La grossesse ne constitue pas à elle seule une preuve de viol car la fécondation est possible par un coït vulvaire ou au contraire par un coït profond avec hymen "complaisant" qui se laisse déplier jusqu'au fond du vagin: ce sera une grossesse sans défloration.

Il s'agit donc au sens de la loi d'attentats à la pudeur mais pouvant être qualifiés "viol" si la grossesse peut être imputée à l'attentat.

2/- Il est bien difficile de prouver que le procréateur est l'inculpé du fait même que chez une femme aux cycles menstruels réguliers la période de fécondation possible est variable (les échec de la méthode OGINO en sont la preuve).

A cet égard, le travail de SCHAFER sur les conceptions consécutives au viol est instructif.

La date exacte du coït fécondant fut connue dans 37 cas de viol. Dans 17 cas cette date s'échelonnait entre le 1er et le 11° jour du cycle dont 11 cas pendant la menstruation; dans 11 autres cas la femme fut fécondée entre le 11° et le 20° jour; dans 9 cas entre le 21° et le 30° jour du cycle.

Ceci confirme l'opinion de nombreux auteurs parmi lesquels notre maître le Dr. CEGUY, que les fonctions ovariennes ne sont pas uniquement régies par le système hormonal mais aussi par le système nerveux :

- ovulations provoquées par une stimulation électrique du col utérin,
- ovulations provoquées par le coït

II - A V O R T E M E N T T H É R A P E U T I Q U E

=====

Si les indications d'avortement thérapeutique sont de moins en moins fréquentes grâce aux progrès de la thérapeutique médicale et aux possibilités de la chirurgie cardiaque, ce chapitre reste intéressant du fait que depuis quelques années se trouve soulevé par certains auteurs le problème que suscitent les embryopathies par maladie maternelle intercurrente au cours de la grossesse.

Avant d'étudier la question des indications "traditionnelles" et ce qu'elles sont devenues ces dernières années, avant d'aborder le grave problème médico-légal des embryopathies, il nous paraît indispensable de procéder à un rappel des législations françaises et étrangères concernant les interruptions légales de la grossesse.

I - LA LOI FRANÇAISE

L'article 87 du décret-loi du 29 juillet 1939 (Code de la Famille) autorise l'avortement thérapeutique sous les conditions que l'on connaît: le médecin traitant doit obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants dont l'un est choisi sur la liste des experts près le Tribunal Civil, qui après examen de la femme et discussion attestent par écrit que la vie de la mère ne peut être sauvegardée qu'au moyen d'une interruption de la grossesse.

Un exemplaire de la consultation est remis au malade et les deux autres conservés par chacun des médecins consultants. Il est recommandé de rédiger un quatrième certificat pour le médecin traitant.

L'article 15 du 21 Mai 1940 stipule que lorsqu'à la suite des circonstances de force majeure tout ou partie des formalités imposées par la loi n'ont pu être remplies, il doit en être fait mention sur le livre-journal de la maison d'accouchements où l'intervention a été effectuée.

Des cas éventuels de force majeure sont donc prévus par la loi.

Le Code de Déontologie (Décret du 27 juin 1947) par son article 32 ajoute l'obligation suivante :

Un protocole donnant les raisons de la décision prise doit être rédigé et adressé sous pli recommandé au Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, ou des Conseils Départementaux, dont ces médecins font partie, que l'avortement ait été exécuté ou qu'il ait été refusé à la suite de cette consultation.

En cas d'indication d'avortement thérapeutique et hors le cas d'extrême urgence, le médecin a l'obligation de se conformer aux règles suivantes :

- I/- si la malade dûment prévenue de la gravité du cas refuse l'intervention, le médecin doit s'incliner devant la volonté librement exprimée de sa malade.
- 2/- Si le médecin sait que la malade consultante est mineure il doit, avant de pratiquer l'intervention s'efforcer d'obtenir le consentement du mari ou des membres de la famille exerçant la puissance paternelle.
- 3/- Si le médecin, en raison de ses convictions estime qu'il lui est interdit de conseiller de pratiquer l'avortement, il peut se retirer en assurant la continuité des soins par un confrère qualifié.

L'article 33 du code de Déontologie prévoit qu'en cas d'extrême urgence ne permettant pas la consultation légale, le médecin doit en rendre compte au Président du Conseil Départemental de l'Ordre par lettre recommandée, dans les douze heures qui suivent l'intervention.

II - LES LEGISLATIONS ETRANGERES

I/- Soit de droit, soit de fait comme la Belgique, tous les pays tolèrent l'avortement thérapeutique lorsque la poursuite de la grossesse met la vie de la mère en danger.

Y font exception en Europe: l'Espagne,
en Orient: Israel, Liban, Turquie et
le Pakistan.

2/- Certains pays autorisent l'avortement thérapeutique sans que la vie de la mère soit nécessairement mise en danger et tiennent compte d'une "menace grave" pour la santé de la mère.

Il en est ainsi en Suisse, en Allemagne, tant la République Démocratique, que la République Fédérale, au Danemark et en Scandinavie, au Japon, en U.R.S.S. et dans certains Etats des U.S.A.

On remarquera qu'il s'agit de nations où l'influence catholique n'est pas prédominante.

3/- Des indications eugéniques: transmission de maladies héréditaires à craindre, sont parfois retenues en Suède, en Finlande, au Danemark, en Yougoslavie, au Japon, en U.R.S.S., dans certains Etats des U.S.A.

En Suisse les indications "eugéniques" ne sont pas légales mais le Juge est libre d'adoucir la sentence (Art. 66 du Code Pénal) si bien qu'il peut y avoir impunité complète selon la conception du Juge et les différentes interprétations possibles de la Loi.

4/- Quelques rares pays trouvent dans les conditions de vie matérielle et affective d'éventuelles indications médico-sociales à l'interruption légale de la grossesse.

La Suède, la Finlande et le Japon ont des législations permettant des avortements qui ne sont plus "thérapeutiques" mais légaux.

- 5/- Quand la grossesse est consécutive à un acte criminel : viol par exemple l'avortement légal est possible (à la condition toutefois que la victime ait porté plainte); dans certains pays tels que le Danemark, la Suède, la Finlande et le Japon.

En Suisse l'article 66 du Code Pénal permet la même liberté d'appréciation au juge que pour les avortements relevant d'indications "eugéniques".

- 6/- Enfin le cas du Japon est particulier puisque les pouvoirs publics ont engagée, depuis la fin de la Seconde guerre mondiale, la lutte contre la natalité dans le cadre de laquelle s'inscrit la "Loi de Protection Eugénique Japonaise" de 1948.

Les indications légales sont voulues extrêmement larges, d'une part pour augmenter le nombre des avortements, d'autre part pour lutter contre l'avortement "clandestin" avec ses éventuelles complications.

Depuis l'entrée en vigueur de cette loi le nombre des avortements n'a fait évidemment que croître :

- en 1949	246.104
- en 1950	489.111
- en 1951	638.350
- en 1952	798.193
- en 1953	1.068.066
- en 1954	1.143.059

Il faut ajouter à ces chiffres les avortements légaux non déclarés, car la loi ne rend pas obligatoire leur déclaration et les avortements clandestins qui sont encore très pratiqués malgré l'invite officielle.

Si l'on se rappelle que ces mesures s'accompagnent d'une propagande officielle pour le "birth control" on ne s'étonnera pas que le taux de natalité du Japon soit passé de 34,3 pour mille en 1947 (la Loi est de 1948) à 21,5 en 1953 et à 18°/oo en 1957.

III - LES INDICATIONS ACTUELLES DE L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Elles sont toujours soumises aux mêmes impératifs formulés par BROUARDEL :

- 1/- la mère encourt un danger extrême, réel, actuel qui menace sa vie et non seulement sa santé,
- 2/- le danger est sous la dépendance certaine de la grossesse,
- 3/- l'interruption de la grossesse le fera surement cesser,
- 4/- il n'existe aucun autre moyen que l'avortement thérapeutique pour sauver la mère,

C'est dire que nous sommes loin des possibilités de certaines législations étrangères.

Effectivement les indications d'interruption de grossesse pour tenter de sauver la vie de la femme sont rares et il ne peut s'agir que de cas d'espèce.

A/- LES CARDIOPATHIES

Les indications d'interruption de grossesse dans les cardiopathies sont; de moins en moins nombreuses depuis une quinzaine d'années grâce à la conjonction de facteurs sociaux, médicaux et chirurgicaux.

Les cardiopathies sont détectées plus précocement qu'autrefois, à l'occasion des visites systématiques scolaires, universitaires ou par le médecin du travail, ou enfin lors de la visite médicale prénuptiale de sorte qu'il est bien rare qu'une cardiopathie soit inconnue de la femme et découverte au début de la grossesse ou à l'occasion d'un accident gravidocardiaque.

Les femmes sont suivies dès le début de la gestation et peuvent être soumises au repos complet si nécessaire. L'hospitalisation sera du reste la meilleure prophylaxie des accidents gravidocardiaques car le repos à domicile est souvent mal observé, ou difficile à observer dans le cas d'une mère de famille.

Enfin les possibilités de la chirurgie cardio-vasculaire et ses éventuelles indications au cours même de la grossesse laissent prévoir une raréfaction des interruptions légales de grossesse pour cardiopathie.

Si en 1941, LAUBRY et ROUTIER pouvaient faire état de 42 observations chez des cardiaques enceintes : 35 hystérotomies avec stérilisation complémentaire, 2 avortements thérapeutiques et 4 hystérectomies, MIGNIN et REBOUL dans une statistique de 1951 à 1956 portant sur 121 gestantes avec cardiopathie suivies à la Clinique obstétricale de Lyon ne faisaient état que de 2 avortements thérapeutiques et 4 accouchements prématurés provoqués.

Cependant, la gravité des cardiopathies décompensées est certaine puisqu'en 1955 ULLERY de Philadelphie montre que sur 41.631 accouchées, 77% des femmes mortes étaient porteuses d'une lésion valvulo-myocardique.

De son côté MENDELSON affirme que 1% des cardiaques meurent durant ou du fait de leur accouchement.

Cette gravité des cardiopathies après l'accouchement ne doit pas surprendre.

Aux Assises Nationales de Médecine en Juillet 1956, BROUSTET rapportait que sur une série de 80 cardiaques surveillées pendant la grossesse et les mois qui suivent l'accouchement 20 d'entre elles se trouvent 5 à 6 mois après leur délivrance dans une situation circulatoire aggravée par rapport à ce qu'elle était avant la gestation à tel point que quelques unes doivent user de façon régulière de digitaliques dont elles n'avaient nul besoin auparavant.

C'est à dire que chez ces cardiaques enceintes le problème de l'avortement thérapeutique peut se poser encore actuellement et que s'il est résolu par la négative la question d'une éventuelle stérilisation après l'accouchement peut être soulevée en particulier chez la multipare.

I/- Quelquefois il pourra s'agir d'accidents immédiatement très graves où l'interruption de la grossesse pourra peut être empêcher l'évolution fatale:

a/- Le rétrécissement aortique, certes rare, entraîne volontiers dès le début de la grossesse des poussées d'asystolie précoce et Halban insiste sur les phénomènes angoissants à type d'angor.

Du reste BRICAUD rapporte, sur 80 cardiaques enceintes mortes, seules les 3 femmes porteuses d'une sténose valvulaire aortique étaient mortes moins d'un an après leur accouchement.

BROUSTET de son côté déclarait : "cette lésion me paraît l'une des plus lourdement grevées en matière d'accidents gravido-cardiaques et si elle est moins souvent signalée que le Rétrécissement Mitral c'est en raison de sa fréquence moindre".

Les possibilités chirurgicales dans cette cardiopathie permettent quelque espoir de même que les formes oedémateuses de Rétrécissement mitral pur.

Pour GLOVER l'exploration mitrale a de toute manière un double intérêt :

a/- curatrice, elle amène une sensible amélioration de l'état cardiaque et permet la continuation de la grossesse dans de meilleures conditions,

b/- exploratrice, elle renseigne alors de façon très précise et démontre l'impossibilité d'agir: valvules rigides, régurgitation importante, thrombose auriculaire gauche.

Ces arguments légitiment alors l'avortement thérapeutique ou la stérilisation.

Cette exploration, suivie ou non de commissurotomie est indiquée dans les Rétrécissements mal tolérés ou incontrôlables par le traitement médical ou dans les formes compliquées d'embolies récidivantes, toutefois après la 16^e semaine la décision opératoire sera soigneusement passée et après la 32^e semaine mieux vaut attendre la fin de la grossesse.

- b/- La Maladie Mitrale et les lésions mitro-aortiques sont fréquemment à l'origine de décompensation précoce au début de la grossesse.
- c/- Pour plusieurs auteurs américains, KERR et SODERMAN par exemple, certaines lésions congénitales: Rétrécissement de l'Isthme de l'Aorte sont très souvent et rapidement aggravées par la grossesse.

Cette notion est confirmée par POINCARRET dont l'étude porte sur 67 cas de grossesse survenue chez des malades atteintes de malformations cardio-vasculaires congénitales hospitalisées dans le service du Pr. DONZELOT. Dans plus de la moitié des cas il a constaté une influence très défavorable de la grossesse sur les lésions cardio-vasculaires.

Dans le cas précis du Rétrécissement de l'Isthme de l'Aorte l'opération de CRAWFORD peut être réalisée éventuellement au cours même de la grossesse.

- d/- Enfin selon MAGNIN et REBOUL une aggravation brutale de l'état cardiaque au début de la gestation se manifestant, par exemple, par le passage de la classe II à la classe IV de la classification de la New York Heart Association c'est à dire passage à l'insuffisance cardiaque progressive malgré le traitement peut être considérée comme une indication d'avortement thérapeutique, sans qu'on puisse affirmer évidemment que "l'interruption de la grossesse la fera surement cesser".

Toutefois, depuis 1950 à la Clinique Obstétricale de Lyon, 3 avortements thérapeutiques pour des accidents gravo-vasculaires au début de la gestation ont eu des suites opératoires relativement simples avec amélioration des signes subjectifs et des phénomènes pulmonaires chez les 2 malades qui présentaient une insuffisance ventriculaire droite.

II/- D'autres fois, on aura de bonnes raisons de craindre une défaillance cardiaque en fin de gestation, et l'avortement se posera comme un acte de prophylaxie et non point curateur d'accidents immédiatement menaçants.

Mais quels critères permettront au début d'une grossesse de prévoir qu'une jeune femme cardiaque sera très probablement en danger mortel dans les derniers mois de sa gestation?

Nous entrons dans le domaine des hypothèses médicales et nous sommes aux confins de la stricte légalité.

Dans sa thèse , NOEL retenait différents arguments :

- 1/- Les antécédants : 75% des accidents gravido-cardiaques observés chez les multipares se voient chez celles qui avaient déjà présenté des phénomènes de défaillance cardiaque au cours des grossesses précédentes.
- 2/- La parité: " sans dévier le débat sur le plan sentimental, il est humain de se montrer plus large d'indications chez les grandes multipares mères de nombreux enfants dont le coeur a peiné au cours de multiples grossesses et dont les obligations familiales sont lourdes" (MAGNIN et REBOUL).
- 3/- L'âge : selon CARR et HAMILTON les gestantes de plus de 35 ont deux fois plus de chances de faire une défaillance cardiaque que si elles sont plus jeunes.
- 4/- le caractère évolutif des lésions endocarditiques d'origine rhumatismale et leur résistance au traitement médical.
- 5/- Enfin la décision d'intervenir pourra résulter d'une association de la cardiopathie à une autre affection.

Pour REID et de LEE, l'association à une tuberculose justifie l'intervention.

On pourra être amené à interrompre la grossesse dans les cas de néphrite chronique hypertensive des cardiorénales.

La maladie de LIBMAN-SACHS peut créer une défaillance myocardique aiguë et malgré la corticothérapie peut être une indication d'avortement thérapeutique ainsi que le souligne TURNER.

6/- Enfin pour MENDELSON les échecs de la chirurgie cardiaque sont autant d'indications d'interrompre une éventuelle grossesse.

B/- La TUBERCULOSE

Les travaux de B.R et SERGENT dès 1912, ceux de RIST et de Léon BERNARD ont établi le rôle aggravant de la grossesse sur la tuberculose, notion admise tant par les obstétriciens que par les phthisiologues, encore faut-il noter la tendance actuelle de minimiser ce rôle à la suite des publications de certains auteurs tels CHERTIER, HEDVAL, ROSENBAACH et GANGEMI.

La vulgarisation du pneumothorax intrapleurale devait diminuer une grande part de indications de l'avortement thérapeutique, inutile lorsque la forme de la tuberculose permettait une collapsothérapie efficace (travaux de BRINDEAU, thèse de Madame KOURILSKY).

L'apparition des antibiotiques et les possibilités nouvelles de la chirurgie thoracique permirent de franchir un nouveau pas et à de nombreux auteurs d'annoncer la fin de l'avortement thérapeutique en matière de tuberculose (thèse de FELIZAS, publications de MORIN et CHERTIER etc...)

C'est à cette période que s'achèvent trois statistiques étrangères que nous allons citer.

Statistique de Kolstad (Norvège):

De 1940 à 1953, sur 327 avortements thérapeutiques réalisés dans un Hopital régional, 135 l'ont été pour tuberculose pulmonaire et 10 pour tuberculose d'autres organes, soit 44,3% de l'ensemble de la statistique.

Statistique de MOORE et RANDALL (Etat de l'IOWA aux Etats-Unis)

De 1926 à 1950, 137 avortements thérapeutiques ont été pratiqués à l'Hopital Universitaire de l'IOWA, dont 31 pour tuberculose pulmonaire soit 23% des cas.

A titre indicatif, de 1947 à 1950 dans le département de la Seine, sur 132 avortements thérapeutiques déclarés, 63 ont été pratiqués pour tuberculose pulmonaire, soit 47,7% des cas.

Statistique de SCHAEFER et EPSTEIN (U.S.A.)

Elle est intéressante car elle met en évidence le pronostic des différentes formes évolutives, les unes ayant été associées à une interruption de grossesse les autres laissées évoluer. Il s'agit d'une étude portant sur 470 cas et qui a été achevée en 1952.

a/- Résultats consécutifs à l'avortement thérapeutique :

Stade de la maladie	Nombre total	Décès	Aggravé	Statu-quo	Amélioré
Très évoluée	41	4	8	22	7
Moyennement évoluée	13	0	0	6	7
Minime	4	0	0	3	1
Stabilisée	5	0	0	5	0
TOTAL	63	4	8	36	15
%	100%	6%	13%	57%	24%

b/- Résultats consécutifs à l'accouchement à terme :

Stade de la maladie	Nombre total	Décès	Aggravé	Statu-quo	Amélioré
Très évoluée	181	47	25	62	47
Moyennement évoluée	100	2	1	43	57
Minime	79	1	0	23	55
Stabilisée	47	0	0	47	0
TOTAL	407	50	26	175	156
%	100%	12%	6%	43%	39%

c/- Résultats chez les patientes dont les lésions sont très avancées, admises au cours des quatre premiers mois de la grossesse :

	Nombre	Décès en %	Aggravation en %	Statu-quo en %	Amélioration en %
Av. Th.	41	10	20	53	17
Acc. à terme	43	7	7	57	49

Ces chiffres indiquent que les formes très sévères ne tirent pas grand bénéfice de l'avortement thérapeutique alors qu'il serait mieux indiqué dans les formes moyennement évoluées pour lesquelles l'indication est, en France du moins, illégale.

Mais faut-il rappeler que le médecin-expert aura à apprécier des cas d'espèces et non un pourcentage de statistique !

Dans sa thèse DESMOULINS a colligé 7 observations de 1949 à 1954 à Lyon; l'intérêt de certaines de ces observations est qu'elles concernent des malades qui ont bénéficié des antibiotiques dès le début de leur affection.

Le plus récent travail publié est celui de ROSENBAACH et GANGEMI (U.S.A.).

De 1925 à 1954 les auteurs ont suivi 241 grossesses chez 152 tuberculeuses.

Vingt trois malades virent leur état s'aggraver (soit 9,5%), encore certaines d'entre elles avaient fait preuve d'indiscipline dans leur traitement.

Dix neuf autres malades ont subi un avortement thérapeutique sans qu'un bénéfice réel en ait été tiré.

En 1954, MEYER et ISRAËL publient une étude portant sur 42 tuberculeuses enceintes suivies dans leur service et dans celui du Pr. MERGER, de 1950 à 1952.

Dans cette série 3 avortements thérapeutiques sont pratiqués.

Pour ces auteurs les indications d'interruption de grossesse s'établissent ainsi :

- 1/- 1'Eclosion ou l'aggravation de la tuberculose au cours d'une grossesse antérieure doit faire redouter une nouvelle aggravation au cours de la grossesse actuelle.

La gravité initiale de la tuberculose débute, même au cours de la grossesse actuelle est un mauvais élément de pronostic.

- 2/- Même si la phtisiologue dispose de moyens thérapeutiques médicaux, voire médico-chirurgicaux capables de contrôler les lésions pulmonaires malgré la grossesse, il faut que ces moyens soient applicables dans le délai restant, avant le terme de la grossesse.

" Il n'est pas de collapsothérapie ni d'intervention chirurgicale qui ne se passe actuellement d'une longue préparation par le repos et les antibiotiques. Aborder l'accouchement avec des lésions pulmonaires non contrôlées nous paraît un risque grave".

Dans 2 des cas d'avortements publiés une longue cure d'antibiotiques a permis de procéder ultérieurement à des interventions d'exérèse unilatérale, les lésions de l'autre côté ayant été finalement contrôlées médicalement, alors que la poursuite de la grossesse aurait probablement conduit à une "impasse thérapeutique" selon l'expression de MEYER et ISRAËL.

Certes il est parfois possible d'effectuer des interventions d'exérèse pulmonaire au cours de la grossesse (BERARD et Coll., MIRRET et COLL.), mais elles devront être pratiquées dans la première moitié de la grossesse de sorte que soigneusement préparées par le repos au lit et les antibiotiques les malades aient leurs suites opératoires au cours de la seconde moitié de la grossesse, et non pas à quelques semaines de l'accouchement.

Lorsqu'elles sont réalisables, de telles interventions suppriment des lésions localisées toujours susceptibles d'évoluer dans les suites de couches.

La publication de MEYER et ISRAËL devait entraîner un débat animé au cours duquel Pierre BOURGEOIS précisait à son tour 2 types d'indications d'avortement thérapeutique:

1/- D'abord les malades qui ont épuisé toutes possibilités de traitement et qui sont devenues résistantes aux antibiotiques.

" Si les lésions sont bilatérales, si elles sont évolutives, si elles sont importantes, si elles échappent à toute possibilité de collapsus soit médical soit chirurgical, que la survenue d'une grossesse soit un facteur aggravant et que nous ne pourrions rien pour les traiter médicalement ou chirurgicalement, dans ces conditions l'avortement thérapeutique est indiqué."

2/- Les malades qui présentent une tuberculose gravement évolutive ou qui l'a été mais qui sont actuellement atteintes d'une insuffisance respiratoire permanente consécutive à une collapsothérapie médicale ou médico-chirurgicale ou à de larges exérèses.

" Cette indication est valable dans un certain nombre de cas surtout lorsqu'il s'agit de femmes qui, malgré cette richesse thérapeutique ne sont pas encore guéries et risquent de voir survenir une poussée évolutive grave"

En conclusion, il apparait que :

- 1°/- les avortements thérapeutiques pour Tuberculose, aussi rares et délicates à poser que soient devenues leurs indications, ne disparaîtront pas dans un avenir prévisible.
- 2°/- la solution de ce problème est dans la surveillance minutieuse des primo-infections et la détection précoce de la tuberculose que la multiplicité actuelle des examens systématiques permet d'espérer.
- 3°/- des méthodes anti-conceptionnelles efficaces conseillées aux périodes critiques de la maladie pourraient probablement éviter ces grossesses préoccupantes pour la malade, le phtisiologue et l'accoucheur.

C/- LES NEPHROPATHIES

Les statistiques françaises et étrangères expriment l'importance des indications rénales dans les avortements thérapeutiques:

- 6 cas sur 20 (DESMOULINS),
- 11 sur 137 (MOORE et RANDALL),
- 446 sur 3.592 (TIETZ)

Ces néphropathies diffèrent en tous points selon que : la grossesse survient chez une femme atteinte d'une affection vasculaire ou rénale latente ou reconnue, ou que la grossesse va créer de toute pièce une néphropathie dite "gravidique" .

I/- Grossesse chez une femme atteinte de néphrite ou d'hypertension artérielle.

Les accidents touchent la femme surtout après 30 ans, multipare, et surviennent habituellement au début du 2^o trimestre de la grossesse, en tous les cas avant le 7^o mois .

La grossesse est souvent menacée (avortement spontané, accouchement prématuré) et la maladie de la femme est aggravée dans la majorité des cas avec toutefois des nuances selon la nature de la tare antérieure à la gestation.

- a/- En cas d'hypertension artérielle permanente le pronostic maternel est particulièrement sombre (insuffisance rénale, rétinopathie hypertensive) et la mortalité foetale catastrophique.

Dans la statistique de MILLIEZ et ALLGILLE portant sur 306 grossesses chez 132 hypertendues l'avortement thérapeutique a été pratiqué 7 fois, et la mortalité foetale globale a atteint 47,5%.

- b/- En cas de lésions rénales antérieures à la grossesse le pronostic est dominé par l'existence ou l'absence d'hypertension artérielle associée.

Les néphrites chroniques hypertensives sont d'un pronostic très sombre, les accidents sont en règle très précoces, parfois avant le 3^o mois.

À la poussée hypertensive s'ajoute une insuffisance rénale préoccupante et les risques maternels sont parfois tels que "la seule ressource thérapeutique consiste à arrêter la grossesse" (MILLIEZ), d'autant que les chances de survie foetale sont dérisoires.

La néphrite chronique sans hypertension artérielle est de pronostic plus favorable: sur un total de 49 grossesses MILLIEZ et ALLGILLE n'ont eu à conseiller qu'un seul avortement thérapeutique tandis que la mortalité foetale n'atteignait plus que 17%.

Les pyélonéphrites chroniques (néphrites ascendantes) comportent les mêmes risques que les glomérulo-néphrites chroniques.

Sur 41 grossesses MILLIEZ et ALLIGILLE font état de 2 avortements thérapeutiques et d'une mortalité foetale de 39%.

Les anomalies rénales congénitales retentissent sur la grossesse dans la mesure où elles s'accompagnent d'hypertension artérielle.

2/- La néphropathie gravidique

Ici la place de l'avortement thérapeutique est pratiquement nulle.

Tandis que le pronostic foetal est très sombre, le pronostic fonctionnel maternel est bon malgré les réserves exprimées par PAGE, SCHREIER et leurs collaborateurs

Mais il n'est pas rare d'assister au cours d'une grossesse ultérieure à la récurrence de la néphropathie.

C'est dans ces cas que l'avortement thérapeutique pourrait se discuter mais il est difficile de prévoir des accidents tardifs d'autant plus que des grossesses normales peuvent alterner avec des gestations pathologiques.

D/- LES MALADIES MENTALES

Au sens de la Loi et de la Déontologie française il n'y a pas d'indication d'interruption de grossesse car aucune maladie mentale ne met la vie de la femme en danger.

Dans les pays où la législation est moins exigeante tels les Etats Unis ou la Grande Bretagne les indications restent difficiles à poser. C'est ainsi que la section de Psychiatrie de la "Royal Society of Medecine" réunie en Février 1957 pour en discuter avait conclu à l'impossibilité d'établir des critères valables.

De son côté J. ARKLE met en garde le psychiatre de ne pas laisser le sociologue ou le généticien l'amener à outrepasser ses devoirs de médecin, faisant ainsi allusion aux indications médico-sociales ou eugéniques retenues dans les pays scandinaves par exemple.

A la Clinique Psychiatrique de Bâle, H. BINDER a étudié les cas de 350 filles-mères qui y étaient en traitement.

L'auteur s'est intéressé principalement aux psychopathes et aux débiles qui posent les problèmes pratiques les plus importants.

Il considère que 2 conditions réunies justifient l'interruption: déficiences psychiques préexistant à la grossesse et prévision de graves conflits résultant de la gravidité.

" La réaction psychique au moment de l'examen est en général trompeuse et pourrait conduire à des décisions préjudiciables à la santé de la mère: le danger d'une névrose consécutive à l'interruption ne doit pas être sous-estimée".

L'auteur discute en particulier le danger du suicide dont le remède est rarement l'interruption chez des femmes par ailleurs normales avant la grossesse.

Chez les psychotiques la marche à suivre serait beaucoup moins controversée.

" Seules la schizophrénie et l'épilepsie peuvent justifier l'interruption au sens de l'Art. 120 du Code Pénal Suisse, si une aggravation se présente au début de la grossesse ou s'est manifestée lors d'une grossesse précédente".



Pour BINDER enfin la stérilisation ne doit pas nécessairement accompagner l'interruption.

Des psychiatres français tels CHATIGNON, MILON et Melle LAMOLE avaient en 1944 envisagé à la Société Médico-psychologique l'éventualité d'une interruption de grossesse dans la perspective eugénique mais la discussion qui s'en suivit avait fait ressortir les difficultés d'appréciation de l'état mental que présentent les enfants des aliénés mentaux.

C'est un problème assez différent que celui soulevé récemment à la même Société par G. DESHAIES.

L'auteur expose deux types de situation que rencontre le psychiatre :

- le 1er type correspond à la survenue d'une grossesse chez des malades mentales gravement atteintes et connues comme telles,
- le 2° type concerne des malades chroniques plus ou moins améliorées qui sont maintenues internées surtout pour éviter une grossesse à l'évidence indésirable.

" Certaines situations psychiatriques interdisent la grossesse au double point de vue individuel et social. Cela signifierait-il l'internement de la malade jusqu'à la ménopause, la sequestration familiale, la privation de toute activité sexuelle normale sous sa forme non seulement physique mais aussi psychologique avec la mobilisation de la libido et l'efflorescence sentimentale".

G. DESHAIES conclut :

" En l'espèce les seules mesures rationnelles et efficaces seraient l'avortement thérapeutique et la stérilisation préventive".

Au cours de la discussion qui suivit, ABELY mit en évidence le cas des maniaques intermittentes qui au début de leurs accès présentent fréquemment une phase érotique.

" Nombreux cas de femmes mariées ou non qui à chacune de ces périodes initiales se livrent à des inconnus et ont engendré ainsi une progéniture aussi variée que multiple, vouée le plus souvent à un sort misérable.

Des familles, des malades elles-mêmes revenues à leur état normal m'ont supplié pour éviter le retour de ces accidents inéluctables de faire pratiquer une stérilisation préventive".

L'auteur a du reste porté le problème devant le Conseil National de l'Ordre et l'Académie de Médecine.

Dans de pareils cas on voit mal comment les méthodes anticonceptionnelles pourraient être utiles.

Comme le souligne H. DUCHENE :

" ... autant la possibilité légale de recourir aux produits anti-conceptionnels nous paraît susceptible de réaliser une prophylaxie sur une large échelle des avortements, autant nous ne pouvons espérer qu'elle ferait disparaître entièrement les cas pour lesquels les indications psychiatriques sont justement mises en cause.

Il est peu probable qu'en présence de débiles mentales ou de déséquilibrées on puisse raisonnablement attendre qu'elles utilisent les moyens anti-conceptionnels, même lorsqu'ils sont mis légalement à leur disposition".

Quant au problème de la menace de suicide chez une femme sans antécédent psychiatrique, il ne semble pas qu'il doive être résolu par une interruption de la grossesse car lorsque l'avortement est refusé l'attitude de la femme est diversement appréciée: si on assiste parfois à de réelles tentatives le plus souvent cette menace ne passe pratiquement jamais au commencement d'exécution.

E/- CANCER DU SEIN ET CANCER DU COL DE L'UTERUS

1/- Le Cancer du sein :

Dans la statistique de KOLSTED deux interruptions de grossesse ont été pratiquées sur cette indication, la statistique portait, rappelons-le sur 327 avortements thérapeutiques à indications médicales proprement dites.

Dans sa thèse , PERROTIN signale quatre interruption de grossesse parmi 40 observations tant personnelles que recueillies dans la littérature.

Voici trois observations d'ODERMATT, citées par PERROTIN :

Observation n° 23 :

Cancer du sein gauche traité par chirurgie et radiothérapie.

Au 2° mois de la 5° grossesse (2 ans après amputation du sein) récurrence locale sous forme d'infiltration en surface du 2° espace intercostal.

Avortement thérapeutique et radiothérapie; 9 mois plus tard paraît guérie.

Observation n° 24 :

Femme de 43 ans, a eu 5 enfants et est opérée 10 mois plus tard d'un cancer du sein. Opération suivie de radiothérapie.

Au 4° mois de la 6°, grossesse: récurrence locale nodulaire,

Avortement thérapeutique.

Radiothérapie.

Cachexie en 1 an.

Observation n° 25 :

Chez une femme de 35 ans, au 6^e mois de la 4^eme grossesse découverte fortuite d'une tumeur du sein droit.

Siège au cadrant inféro-interne, grosse comme une pomme, peu mobile. Mamelon rétracté, peau plissée, auréole brunâtre, violacée, couverte de croutelles. Adénopathies. Amputation du sein.. Radiothérapie.

Grossesse normale jusqu'au terme 8 mois plus tard, nouvelle grossesse et avortement spontané ,
et 5 mois plus tard enceinte à nouveau. Avortement thérapeutique et stérilisation.

Une quatrième observation, du Pr. MOULONGUET, citée également par PERROTIN :

Madame L... 32 ans, opérée en 1935 d'un néoplasme du sein droit.

En octobre 1936, aménorrhée et apparition de nodules sur la cicatrice.

En décembre 1936, outre ces nodules cicatriciels dont l'un est prélevé pour histologie (Pr. MOULONGUET: carcinome), la région unissant les portions axillaires et thoraciques de la cicatrice présente un épaissement néoplasique bloqué. Il existe un ganglion sous-claviculaire de la taille d'une amande. Le sein gauche est très volumineux, d'aspect téléangiectasique. Il existe une infiltration diffuse de la glande. Le mamelon est rétracté, la peau est capitonée. Une chaîne ganglionnaire est faite de 4 à 5 ganglions de la taille d'une noisette.

Sous l'influence de téléradiothérapie: amélioration de la récidive locale et modification du sein gauche qui se ramollit.

Fin janvier 1937 on se préoccupe de l'aménorrhée. Réaction biologique de grossesse positive.

Avortement thérapeutique fin janvier 1937.

Malgré une amélioration locale nette, cette malade est morte le 23 avril 1937.

Malgré la rareté de l'association cancer du sein et grossesse, il semble que d'après les observations recueillies, l'attitude suivante puisse être généralement admise

- a/- Si la grossesse a plus de 5 mois et si le cancer est encore opérable: traiter le cancer et laisser évoluer la grossesse jusqu'à son terme, car l'interruption n'améliorera guère le pronostic maternel.
- b/- Dans les trois premiers mois de la grossesse, devant un cancer du sein ou une récidive opérable, l'interruption de la grossesse comme complément du traitement peut être envisagée, car cet avortement thérapeutique paraît avoir eu dans quelques cas une action favorable.

L'éventualité d'un avortement thérapeutique peut donc se poser dans 3 cas :

- 1/- découverte d'un cancer du sein chez une femme enceinte de moins de 4 mois,
- 2/- récidive de cancer du sein contemporain d'un début de grossesse,
- 3/- grossesse chez une femme opérée depuis un temps variable.

2/- Cancer du Col de l'utérus :

L'association d'une grossesse à un cancer du col n'est pas rare: Guy Le Lorier l'estime à 4%.

Le rôle favorisant des grossesses rapprochées et de la multiparité n'est pas niable bien que son mécanisme reste bien incertain.

Si le traitement doit être conservateur jusqu'à l'accouchement pour l'épithélioma "in situ", aux stades I et II l'évacuation de l'utérus gravide est un temps indispensable dans le traitement.

Au voisinage du terme on peut pratiquer une césarienne suivie de Wertheim si celui-ci est encore possible ou la curiethérapie; dans ce cas la ligature des trompes s'impose.

Entre le 4° et le 7° mois on hésitera pas à sacrifier la grossesse; si certains ont proposé la conservation de la grossesse avec curiethérapie vaginale, les dangers de cette thérapeutique pour le fœtus et son éventuelle descendance ne semblent pas pouvoir être écartés avec certitude (LE LORIER G.)

F/- MALADIE DE HODGKIN

Les observations relevées dans la littérature mettent en évidence l'évolution favorable de la grossesse chez les femmes granulomateuses: évolution à terme de la grossesse dans 90% des cas dans la série de 112 cas rapportés par GILBERT.

Certains auteurs conseillent plus volontiers l'interruption de la grossesse, tels BLITZ, GEMEL, DE PAIO, alors que d'autres, tels GILBERT, FABIEN, CHAVANNE, PERRIER, sont opposés à une attitude systématique.

Dans sa publication GILBERT de Genève fait état de 12 avortements thérapeutiques dans une série de 112 cas de maladie de Hodgkin associée à la grossesse.

Il ne semble pas que chez les femmes décédées l'évolution ait été précipitée par la grossesse.

Toutefois, la fréquence des exacerbations observées dans le post-partum ne paraissent pas une simple coïncidence (PAPILLON et CHAVANE).

G/- LEUCEMIES

Les observations publiées ne prouvent pas une action évidente, favorable ou défavorable, de la grossesse sur le processus leucémique.

En 1947, ERF notait que sur 34 cas de leucémie aiguë, ceux qui survécurent à l'accouchement ne vécurent pas plus de 3 mois, cependant que sur 66 cas de leucémie chronique 43 malades survivaient encore 1 an après l'accouchement et que quelques unes eurent plus d'une grossesse ultérieurement.

Au contraire SHUB cite des observations de poussées évolutives suscitées par la grossesse.

Par ailleurs la leucémie provoque souvent un travail prématuré.

Si l'affection débute tôt dans l'évolution de la grossesse les chances d'obtenir un enfant vivant sont minimales à moins qu'une rémission spontanée ou thérapeutique se produise.

Une éventuelle action nocive des anti-métabolites sur le fœtus fera préférer dans la mesure du possible les antibiotiques et les transfusions.

Les risques hémorragiques ne sont pas négligeables tandis qu'HARRIS rappelle les difficultés de cicatrisation après césarienne probablement liées à la corticothérapie.

En conclusion on ne peut pas assurer que l'interruption de la grossesse en matière de leucémie ait une action réellement bénéfique.

H/- PHEOCHROMOCYTOME

La grossesse est souvent révélatrice de la tumeur; parfois on retrouve des accidents gravidiques antérieurs qui avaient été étiquetés: "toxémie".

Après la délivrance des hémorragies graves et des chocs du post-partum peuvent survenir ainsi que des complications oculaires et neurologiques. Le pronostic est grave puisque sur 19 malades PEELEN et de GRO..T ont eu 9 décès.

L'interruption de la grossesse est souvent nécessaire.

I/- RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE

Les premiers rapports publiés sur l'association de cette affection à la grossesse sont ceux de BARNES et HAYES en 1932.

Depuis quinze publications groupant 200 cas permettent de tirer les conclusions suivantes :

- I/- une recto-colite ulcéreuse qui débute avec la grossesse est en règle très sévère,
- 2/- 40% des femmes ayant des antécédents de recto-colite subissent une aggravation pendant la grossesse ou dans les suites de couches,
- 3/- le taux de mortalité ou d'avortements spontanés n'est pas plus élevé chez la femme atteinte de recto-colite que chez les autres.

L'opportunité de l'avortement thérapeutique est diversement appréciée: l'interruption est injustifiée pour PATTERSON et EYTINGE, parfois nécessaire pour ABRAMSON et Coll. qui l'on fait pratiquer 6 fois dans une série de 33 cas.

L'avortement thérapeutique se justifierait parfois dans les 3 premiers mois, mais il faut savoir que la grossesse a dans quelques cas amélioré le processus colitique: 9 fois sur 21 cas (BERGEN), 30 fois sur 50 cas (FELSEN).

Dans l'étude la plus récente de Mac DOUGALL, qui réunissait 100 observations l'avortement thérapeutique a été effectué chez 4 malades.

J/- EMBRYOPATHIES D'ORIGINE VIRALE ET INTERRUPTION DE LA GROSSESSE

Depuis de nombreuses années on avait remarqué la plus grande fréquence des embryopathies ou des avortements spontanés par anomalie ovulaire chez les femmes qui avaient contracté au tout début de leur grossesse certaines affections telles que :

- la rougeole,
- la grippe,
- les oreillons.

Les travaux de GREEG en 1941 et de SWAN en 1943 ont montré l'influence de la rubéole maternelle sur la genèse des embryopathies.

En 1953 le Pr. LAMY et Melle SEROR ont mené avec l'appui de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale de la Région Parisienne une enquête sur la fréquence et la variété de ces malformations d'origine rubéolique.

Les auteurs ont réuni 48 observations de femmes enceintes ayant eu la rubéole de façon certaine au cours des 4 premiers mois de leur grossesse.

Quatorze femmes ont mis au monde des enfants indemnes de toutes malformations,

Les 34 autres observations faisaient état d'anomalies :

- une naissance prématurée à 6 mois et demi,
- six avortements dont 4 au moins, étant données les conditions dans lesquelles ils sont survenus sont dus probablement à la rubéole,
- trois décès dont 1 au moins, provoqué par un spina bifida infecté, à la plus grande chance d'être lié à la rubéole maternelle.
- vingt quatre malformations importantes, indiscutables, uniques ou multiples dont six ont entraîné la mort dans un délai variable de 1 jour à 3 mois et demi.

La fréquence des malformations est variable selon l'âge de la grossesse au moment du début de la rubéole :

- de la 1^{ère} à la 7[°] semaine de la gestation: 98% de malformations,
- de la 1^{ère} à la 8[°] semaine " : 86%
- de la 9^{ème} à la 20[°] semaine " : 20%

D'autre part, TONDWRY attribue à la date de l'agression virale un rôle décisif dans la détermination du type de malformations: une contamination précoce vers la 5[°] semaine déterminerait une cataracte, vers la 6[°] semaine ou 7[°] semaine: une cardiopathie.

LAMY ne conclue pas entièrement dans ce sens mais estime que peut être d'autres éléments sont à retenir: particularité du virus, sa virulence variable d'une endémie à l'autre; il est certain à ce propos que l'épidémie qu'a connue l'Australie et qui a fait l'objet des travaux de GREEG et SWAN fut particulièrement sévère au point de vue des embryopathies.

La gravité de ce problème tient au fait qu'il n'existe pas actuellement de protection efficace de la femme enceinte contre la rubéole et qu'il est bien difficile de faire contracter systématiquement cette affection aux fillettes et aux jeunes filles.

Aussi, le Pr. LAMY et Melle SEROR ont-ils demandé le 10 avril 1956 à l'Académie de Médecine de se pencher sur le problème et de "proposer de lui donner une solution légale", la loi française ne permettant pas d'interrompre légalement la grossesse pour des indications foetales.

La Société de Médecine Légale avait déjà été conviée par Monsieur le Professeur CATHALA en 1949 à émettre son avis sur ce sujet. Elle avait finalement rendu un avis défavorable le 14 novembre 1949.

L'attitude devant ce problème peut être très simplement schématisée en le ramenant à un cas particulier:

Votre femme , enceinte de deux mois a contracté la rubéole il y a une dizaine de jours, si la Loi vous y autorisait feriez-vous interrompre la grossesse?

La réponse serait sans ambiguïté :

- non pour le croyant,
- oui pour l'athée.

Le point de vue du législateur est, en matière d'avortement d'ordre démographique; or ainsi que le disait Monsieur le Pr. PIEDELIEVRE à la suite de la publication du Pr. LAMY

" Le nombre des avortements serait sans doute très minime et n'aurait pas d'influence sur la natalité".

Deux objections sont donc à considérer :

- 1/- objection d'ordre moral : suppression de l'enfant considéré comme un être vivant,
- 2/- crainte qu'une éventuelle réforme de la loi pour permettre l'interruption de la grossesse pour des indications foetales conduise ultérieurement à des avortements "eugéniques".

Aussi pensons-nous qu'il faille se rallier aux vœux du Pr. LILLY que la Commission de l'Académie de Médecine propose une solution humaine et juridique.

Des problèmes humains dramatiques sont parfois suscités par la menace de cécité complète du fait de la grossesse. L'avortement thérapeutique ne peut être autorisé en France pour de telles indications puisque la Loi et le Code de Déontologie exigent que l'affection en cause menace la vie de la mère et ne retiennent pas la menace de déchéance fonctionnelle.

En 1952, Monsieur le Pr. PIEDELIEVRE avait proposé l'extension de la loi sur l'avortement thérapeutique aux cas de femmes menacées de cécité définitive du fait de leur état de grossesse

Le Ministre de la Santé Publique d'alors, Monsieur Paul RIBEYRE avait accepté d'appuyer ce vœu de l'Académie de Médecine devant les Assemblées parlementaires.

Aucune modification n'a été apportée jusqu'à maintenant.

III - S T E R I L I S A T I O N =====

I - DEFINITION :

La stérilisation vise à supprimer les fonctions de conception et de procréation en préservant l'intégrité anatomique des gonades, ce qui exclue la castration.

II- HISTORIQUE :

En 1819 James BLUNDELL préconisa le premier la ligature des trompes au cours de la césarienne pour éviter de nouvelles grossesses chez les femmes présentant un bassin rétréci.

La puerpéralité créait alors une réelle menace pour la vie de la femme et, pendant longtemps encore, la césarienne allait être une "intervention de désespoir".

Cette indication s'est imposée la première à la pratique chirurgicale et en 1881, LUNGREN de Toledo (U.S.A.) lie les trompes au cours d'une césarienne.

La première observation française semble bien être celle de CREMIL de Bordeaux en 1891.

En Allemagne KEHRER pratique en 1897 une stérilisation eugénique chez une femme qui avait mis au monde sept enfants anormaux.

La même année LENNANDER (Suède) effectue la première stérilisation masculine par vasectomie.

La stérilisation va faire l'objet d'une loi dans l'Etat d'Indiana (U.S.A.) en 1907. Le premier pays européen à suivre l'initiative américaine sera la Suisse en 1929 (Canton de Vaud).

La condamnation sans appel de la stérilisation, quelle qu'en soit l'indication est prononcée en 1931 par l'Eglise Catholique: encyclique du Pape Pie XI intitulée " Casti Conubii".

III - TECHNIQUE :

A/- CHEZ LA FEMME

1°/- les stérilisations vaginales (technique de HAENDLY 1925), utérines, ovariennes (inclusion des ovaires dans le canal inguinal, dans le Ligament Large, dans des replis péritonéaux) ont été abandonnées au profit de la stérilisation tubaire.

2°/- La stérilisation tubaire : de nombreuses techniques ont été utilisées avec des fortunes diverses :

- ligature simple (LUNGREN): 18 à 20% d'échecs d'après BACILLI,
- écrasement de la trompe (FRIEDMAN-MADLENER), le procédé de MADLENER : écrasement double suivi de ligature unique des deux plages d'écrasement était pour LIEFFONT un excellent procédé mais depuis le rapport de cet auteur (1929) de très nombreux échecs ont été signalés
- Section simple entre deux ligatures (BLUNDELL 1819 et KEHRER 1897) mais les deux moignons se sont parfois réunis: cas publiés par ZWEIFFEL.
- Double ligature et section suivie d'enfouissement sous-péritonéal ou de la création d'une cloison de séparation entre les deux moignons (RUHL, ASCH, IRVING),
- Résection de la partie utérine de la trompe et traitement du moignon (FRITSCH, KIRCHOFF, LIEPMANN)

- Excision cunéiforme de la trompe hors de l'utérus et résection ou ablation de la trompe (NEUMAN, ROSE, HALBAN).
 - Résection de la portion ampullaire de la trompe et traitement du moignon (MENGE, KRONIG, MERMANN).
 - Enfouissement de l'extrémité tubaire soit dans le ligament Large (TURENNE) permettant de lever ultérieurement la stérilisation, soit dans l'incision abdominale (HELLENDAL, OLIVIA)
 - GREEN-ARMYTAGH effectue volontiers une section-cautérisation au bistouri électrique des trompes; par voie vaginale.
- Le promoteur de cette méthode n'aurait connu aucun échec.

Au cours de la grossesse la voie vaginale est préférable dans les premiers mois; la stérilisation sera pratiquée après évacuation de l'utérus. La voie abdominale est utilisée à partir de la seconde moitié de la grossesse et jusqu'au terme.

Des examens anatomiques ont montré qu'après ligature simple ou double, écrasement ou section simple, la trompe peut se reconstituer et la perméabilisation se rétablir rapidement (LAFFONT).

Nous reviendrons sur les échecs de la stérilisation tubaire.

3°/- Les agents physiques: Rayons X, Radium, mésothérium, ne sont pratiquement pas utilisés car leur maniement est délicat, leurs effets secondaires sont parfois nuisibles et, en cas d'échec, on n'est pas pleinement rassuré sur le produit de la conception.

- 4°/- Les moyens biologiques: recherches de KOSTROMIN et KIRTASCHEFF (U.R.S.S.) et J. RCHO (U.S.A.) sur une stérilisation temporaire par des vaccinations anti-spermatiques n'ont pas fourni de résultats suffisamment concordants pour que leur usage se soit répandu.

À propos des moyens anti-conceptionnels nous aurons à évoquer les produits de synthèse à action progestative qui font l'objet des travaux de PINCUS et Collaborateurs.

- 5°/- Signalons une méthode déjà ancienne mais remise à l'honneur par les auteurs japonais: la cautérisation intra-utérine des orifices tubaires internes.

Proposée par KOCKS en 1878 et mise au point par DICKINSON en 1912, la Galvano-cautérisation intra-utérine fut perfectionnée par HYAMS (1934)

Pratiquée vers le 7° jour du cycle menstruel, cette méthode présente peu d'inconvénients: parfois raccourcissement du cycle menstruel ou diminution du flux menstruel.

SHUEI YASUI rapporte que sur 350 cas vérifiés ultérieurement par hystéro-salpingographie 220 contrôles étaient excellents; néanmoins l'auteur a constaté 2 reperméabilisations sur 128 cautérisations pratiquées dans des utérus non-gravides et 6 sur 92 dans des utérus gravides.

- 6°/- Les échecs de la stérilisation tubaire
Pour rares qu'ils soient, les échecs de la stérilisation sont graves à deux titres:

- a/- Survenue d'une grossesse dont les conséquences peuvent être graves pour la femme si les indications de la stérilisation avaient été rigoureuses.
- b/- responsabilité du chirurgien à qui la patiente peut demander des dommages et intérêts par décision de justice.

Les causes de ces échecs sont multiples et doivent être connues du médecin qui sera commis pour l'éventuel le expertise.

Il peut s'agir :

1°/- D'une technique chirurgicale défectueuse:

Il semble que la technique de MADLENER, originale ou modifiée, compte des insuccès nombreux qui sont estimés selon les auteurs à 1,8% (PFEUTZE), 2,6% (DIECKMANN et HAUSER), 4,9% (DIPPEL), 5,3% (RUBOVITZ), enfin à 8,2% par DARNER.

Même avec une bonne technique il faut s'attendre de temps en temps à une fistulisation des moignons ou à la création de pertuis sous-péritonéaux, laissant communiquer l'utérus et la grande cavité péritonéale. Les chances de fécondation sont minimales mais pas absolument inexistantes.

2°/- Une erreur anatomique :

Traitement des Ligaments Ronds au lieu des trompes, quelques cas ont été publiés.

3°/- Le choix du moment de l'intervention:

Certes on peut avoir la main forcée et devoir intervenir à la fois pour évacuer l'utérus et pratiquer la stérilisation, mais le plus souvent le chirurgien disposera d'un certain délai.

La plupart des travaux français et étrangers indiquent que les échecs sont le fait de stérilisations pratiquées sur un utérus gravide ou dont l'involution n'est pas complète.

BOYSEN et Mc RAE ont pratiqué 169 stérilisations dont 139 sur utérus non gravide avec un seul échec et 30 immédiatement après avortement thérapeutique avec cinq échecs soit 16,6%.

Aussi ces auteurs ont estimé à 2 mois au minimum après un avortement et 4 à 6 mois après une grossesse ayant atteint le terme le délai qu'il est prudent d'observer avant d'intervenir.

Ce délai peut du reste être mis à profit pour préparer psychologiquement la femme à l'intervention et exposer au couple les conséquences de l'intervention (PIGEAUD).

4°/- La reconstitution tubaire :

Cependant l'insuccès peut survenir après une intervention parfaitement correcte.

Ceci s'explique, comme le rappelle CHOISON, par la formation d'une néo-muqueuse-cudo-tubaire favorisant la reprise de l'activité fonctionnelle.

En 1954 SOLAL a publié l'observation d'une malade qui avait subi une résection presque complète de la trompe; sur les hystérogaphies faites en série on constate la reconstitution tubaire.

B/- CHEZ L'HOMME

La stérilisation est obtenue par vasectomie.

Les indications sont peu nombreuses :

1°/- Prophylaxie de la transmission d'affections héréditaires. Certains Etats des U.S.A. rendent obligatoire la stérilisation des faibles d'esprit et des épileptiques avant de leur donner l'autorisation de se marier.

2°/- La stérilisation thérapeutique de certaines psychopathies, donnant des résultats diversement appréciés.

3°/- Enfin le plus grand nombre des vasectomies sont pratiquées dans un esprit uniquement anti-conceptionnel.

La technique en est très simple et n'a pratiquement pas été modifiée depuis LENNÄNDER (1897). Une anesthésie locale peut éventuellement suffire.

Les résultats sont excellents et les observations d'échecs sont rarissimes : procès CHRISTIANSEN/THORNBYS 1934 aux Etats Unis, rapporté par HOLLAN. Observation de NIEDERHANSER.

La position juridique et humaine du chirurgien peut être embarrassante s'il est poursuivi devant les tribunaux pour "échec" de la vasectomie par un mari ignorant son infortune conjugale.

Parfois on a pu réaliser une cure de la vasectomie avec reconstitution ad integrum de la fertilité du patient: observations de HANDLEY, de ROSENBLOOM.

La stérilisation préventive peut répondre à des préoccupations multiples :

- 1°/- "améliorer la race" en éliminant l'éventualité d'une descendance des sujets qualifiés "inaptes" physiquement ou mentalement: stérilisation eugénique.
- 2°/- Limiter la taille de la famille pour des raisons médico-sociales ou des motifs économiques: stérilisation "anti-conceptionnelle".
- 3°/- interdire toute nouvelle grossesse qui risquerait de menacer la vie de la femme ou de compromettre gravement sa santé: stérilisation "prophylactique".
- 4°/- Enfin, dans quelques cas bien étudiés, certains psychiatres danois et américains recommandent la stérilisation "thérapeutique" des criminels sexuels". Ceci déborde le cadre de notre travail puisqu'il s'agit en fait d'une castration qui n'intéresse que des malades médico-légaux masculins.

1 - La stérilisation eugénique

L'idée d'améliorer une race "aux dépends de certains des éléments qui la constituent n'est pas nouvelle !

Chez les Hébreux les mariages consanguins étaient interdits ainsi que les unions avec les épileptiques, les tuberculeux et les lépreux.

On prête à la Reine S miramis la décision d'avoir fait castrer les enfants malformés.

Dans les temps modernes on retrouve une législation suédoise (1757) interdisant le mariage des épileptiques (LUNDIN et MOLLER)

Au siècle dernier SCHOPENHAUER n'écrivait-il pas : "si l'on pouvait châtrer tous les scélérats, jeter dans un cloître toutes les sottes, donner aux hommes de grand coeur et fournir toutes les filles d'esprit des hommes qui fussent tout à fait des hommes, on verrait bientôt naître une génération qui nous rendrait , et au-delà, le siècle de Périclès".

On retrouve également là les préoccupations de certains partisans de l'insémination artificielle: le "Haras humain" de BINET SINGLE par exemple.

La stérilisation fait la première fois l'objet d'une loi en 1907 dans l'Etat d'Indiana aux Etas Unis.

Cassée vingt ans plus tard par la Cour Supreme des Etats Unis cette loi a été finalement modifiée dans un sens plus restrictif.

Néanmoins, d'autres Etats de l'Union adoptèrent des législations analogues qui existent actuellement dans 31 états mais 26 seulement disposent d'une législation bien adaptée (LEE, RANDALL et KEETELL).

En Europe la première loi apparait en Suisse dans le Canton de Vaud en 1929. Vont suivre, le Danemark et l'Allemagne en 1933, la Suède et la Norvège en 1934, la Finlande et Dantzig en 1936.

La loi allemande du 14/7/1933 permettait la stérilisation des sujets atteints d'affections considérées comme héréditaires:

" Est considérée comme tarée par la présente loi toute personne atteinte d'une des anomalies suivantes : idiotie congénitale, schizophrénie, folie circulaire, épilepsie héréditaire, chorée de Huntington, cécité héréditaire, surdi-mutité et graves affections héréditaires..... peut être stérilisée en outre toute personne atteinte d'alcoolisme invétéré".

D'après LUNDIN et MOLLER quelques 205 "Cours Eugéniques" ordonnèrent la stérilisation de plus de 200.000 personnes dans les années qui suivirent la promulgation de la loi.

En Norvège, le rapport de EVANG fait état de 3.709 stérilisations pour la période 1934-1954 : 3.289 femmes et 420 hommes.

L'auteur estime que le nombre des stérilisations pourrait être "singulièrement diminuée par une contraception plus répandue".

Aux Etats Unis la stérilisation est de pratique courante. Certains états tel le New-Hampshire l'exigent avant de délivrer aux épileptiques et aux débiles mentaux l'autorisation de mariage.

D'autres états vont jusqu'à préciser dans leur législation le type d'intervention à pratiquer à défaut duquel le médecin peut être poursuivi pour homicide ou coups et blessures ayant entraîné la mort (inculpation correspondant à peu près au "mayhem" américain) si le malade décède.

Pour l'ensemble des Etats Unis, au 1er janvier 1949, le BIRTH RIGHT Inc. Publication n° 5 faisait état de 50.193 stérilisations dont 24.957 pour débilité mentale, 22.467 pour maladies mentales et 2.769 pour diverses affections.

Pour la seule année 1949 GAMBLE rapporte 1500 cas de stérilisation dans 21 états pour des affections héréditaires physiques ou mentales.

JOHNSON et d'autres auteurs américains justifient la stérilisation eugéniques par des arguments économiques trahissant une morale pour le moins pragmatique :

" La ségrégation qui est une façon d'empêcher la procréation, entraîne de grandes dépenses pour les contribuables et une perte de liberté pour les intéressés.

BUTLER a calculé que la ségrégation jusqu'en 1949 des 5.112 personnes mentalement déficientes stérilisées à Sonoma en Californie aurait coûté au moins 21.831.000 dollars.

De plus, la Ségrégation aurait entraîné 77.771 années d'hospitalisation.

En rapprochant ces chiffres des 24.957 personnes stérilisées pour débilité mentale dans les 27 états de l'Union, BUTLER estime que la ségrégation aurait coûté 101 millions de dollars pour 350.000 années/malade" (approximativement: 50 milliards de francs).

Dans sa lutte contre la natalité le Japon préconise la stérilisation eugénique dont les indications sont larges: 33 affections héréditaires ou non sont inscrites nominalement dans la loi de 1948 (article 4).

Si dans les pays précités le consentement du malade à l'intervention, ou de son représentant légal, est obligatoire, au Japon le dernier mot revient toujours au stérilisateur pourvu que l'indication qu'il a posée ait été approuvée par la Commission préfectorale d'examen de Protection Eugénique. Après deux appels aux instances supérieures le patient devra finalement se plier à la décision de la Commission Centrale d'examen de Protection Eugénique.

III - Stérilisation "anti-conceptionnelle"

Ici strictement illégale, là tolérée, la stérilisation à visée uniquement anti-conceptionnelle n'est ouvertement admise qu'au Japon depuis la Loi de 1948 (art. 5).

Cette stérilisation reste souvent praticable grâce aux indications médico-sociales reconnues par de nombreux états, indications plus sociales ou économiques que médicales.

En Suède la loi de 1941, plus libérale encore que celle de 1934, autorise la stérilisation des personnes qui ne sont pas à même de prendre soin de leur descendance du fait de leur comportement anti-social: alcoolisme, vagabondage, délinquance.

La loi de 1934 exigeait "l'incapacité", celle de 1941 se contente de l'"inaptitude". De 1934 à 1941 la moyenne annuelle des stérilisations a été de 454, de 1942 et 1948 elle a atteint 1676.

Plus de 2.200 stérilisations anti-conceptionnelles ont été pratiquées de 1941 à 1948 sur 12.000 stérilisations parmi lesquelles plus de la moitié relevait d'indications psychiatriques (WEINTRAUB).

En France la stérilisation "anti-conceptionnelle" est parfois pratiquée mais il s'agit de cas où s'intriquent des arguments médicaux et sociaux, ces derniers emportant une décision qui restait hésitante.

La multiparité, les grossesses rapprochées, des grossesses émaillées d'incidents ou d'accidents, l'âge de la femme et ses antécédents pathologiques n'auraient peut être pas complètement justifié l'intervention mais la misère sociale, l'indigence physique ou mentale de la malade ne pouvaient être tenues pour négligeables dans la décision finale.

Nous verrons plus loin que la stérilisation à but uniquement "anti-conceptionnel" a été condamné par l'Ordre National des Médecins en 1955 après l'avis de l'Académie de Médecine.

IV - Stérilisation "prophylactique"

La précarité ou la dégradation progressive de la santé de la femme pose parfois le problème de la rendre définitivement stérile avant la survenue d'accidents dramatiques au cours d'une grossesse ultérieure.

La suppression définitive de toute possibilité de procréation soulève certes des problèmes moraux et psychologiques mais entraîne des conséquences sociales justifiant la création de législations qui en indiquent les limites et en précisent les modalités.

Malgré leur diversité les lois étrangères en matière de stérilisation "prophylactique" exigent toutes au moins deux conditions préliminaires :

1°/- Nécessité du consentement de la femme, ou de son représentant légal si elle n'est pas en état de donner un consentement valable, la femme ayant été avertie des conséquences de l'intervention,

2°/- La stérilisation doit être entreprise dans le but de prévenir des accidents pouvant mettre en danger sa vie ou compromettre gravement sa santé dans le cas d'une nouvelle grossesse.

Ces deux conditions se retrouvent dans les jurisprudences des quelques Etats démunis d'une législation homogène en matière de stérilisation.

LA LEGISLATION FRANÇAISE :

Aucun texte législatif ou réglementaire n'interdit à un médecin de pratiquer une stérilisation féminine préventive.

Cette carence paraît surprenante lorsqu'on rapproche la minutie des dispositions législatives en matière d'avortement thérapeutique qui met en cause une grossesse évoluant chez une femme dont l'état de santé est, pour le moins, précaire;

la surprise le cède à la stupéfaction lorsqu'on relit les textes du Code Pénal réprimant la propagande et les manoeuvres anti-conceptionnelles, méthodes dont l'usage peut, à tout moment, être suspendu volontairement pour permettre une nouvelle grossesse.

Cette lacune législative, souvent mal connue des médecins non spécialistes, a conduit J.R. DEBRAY à exposer ce problème à l'Académie de Médecine.

Nous allons citer les conclusions que l'Académie a adoptées le 26 Octobre 1954 :

" Est autorisée la stérilisation préventive des femmes présentant une maladie indiscutablement non curable dans l'état actuel de la science et exposées à de très graves complications pouvant entraîner la mort, au cas de grossesse ultérieure, cela sous réserve, comme dans l'éventualité d'un avortement thérapeutique, d'une consultation préalable de trois médecins, dont un expert au Tribunal, avec protocole établi en cinq exemplaires destinés : au Conseil National de l'Ordre des Médecins, à la malade, à chacun des trois médecins.

Cette limitation précise élimine de la discussion toute une série de cas qu'il faut nettement envisager :

- Il ne saurait être question d'autoriser pareille intervention dans les maladies mentales, ni dans les cas où la femme présente une affection pouvant évoluer vers la guérison, ni dans les cas mineurs, par exemple pour préserver un périnée cicatriciel.
- Il ne saurait être question d'interdire la stérilisation comme complément d'intervention au cours d'opération, par exemple une Césarienne... ni quand elle est imposée par l'état anatomique constaté. C'est alors une décision à prendre d'urgence, elle ne relève que de la conscience du chirurgien".

Quelques mois plus tard, en Avril 1955, le Conseil National de l'Ordre adoptait les conclusions suivantes :

- " 1/- La stérilisation préventive, à but uniquement anti-conceptionnel est rigoureusement interdite,
- 2/- Pratiquée dans un esprit de thérapeutique préventive et intervenant dans des circonstances exceptionnelles elle demeure un acte lourd de conséquences en opposition avec la morale la plus généralement admise,
- 3/- Le médecin qui, en conscience. et pour des motifs scientifiquement défendables, pratique une stérilisation préventive en assume l'entière responsabilité".

Le Conseil National de l'Ordre conseille en pareille circonstance :

- 1/- la rédaction par le médecin d'un protocole à son propre usage expliquant les raisons qui l'y ont déterminé.
- 2/- La notification de sa décision au Conseil Départemental de l'Ordre, sans indication de personne.

LES INDICATIONS :

A/- Indications médicales :

Elles sont voisines des indications de l'avortement thérapeutique que la stérilisation viendra compléter parfois.

La tuberculose, à l'exception de quelques cas de tuberculose rénale bilatérale, les affections mentales ne nécessitent pratiquement jamais une stérilisation.

Mais deux grands types d'affections justifient la plupart de ces interventions :

I/- Les Néphropathies :

Elles **représentent** trois cas sur trente dans la thèse de LAFFARGE; quinze cas sur cent soixante neuf dans la statistique de BOYSEN et MACRAE; soixante trois cas sur onze cent six dans le travail de IRVING; trente deux cas sur onze cent soixante neuf dans l'étude de LEE, RANDALL et KEETTEL.

Il s'agit le plus souvent de **néphrites chroniques**, avec ou sans hypertension artérielle, qui évoluent et s'aggravent.

Ailleurs ce sera une longue histoire de foetus morts in utéro dans les premiers mois de la grossesse, toujours avant la période de viabilité.

" Lorsque la malade a fait cette expérience une ou deux fois il paraît inutile de lui faire courir une deuxième ou troisième fois ces risques et là, la stérilisation chirurgicale s'impose" (PIGEAUD)."

B/- Les Cardiopathies :

Ce sont les plus fréquentes des indications médicales.

LAFFARGE : 14 cas sur 30,

BOYSEN & MACRAE: 15 cas sur 169,

IRVING : 277 cas sur 1.106,

LEE, RANDALL & KEETTEL : 77 cas sur 1.169

Les indications peuvent être difficiles à poser mais on peut admettre avec PIGEAUD et LAFFARGE qu'une femme cardiaque qui a présenté en fin de grossesse, au cours du travail ou dans les suites de couches des accidents de caractère dramatique (oedème aigu du poumon, infarctus pulmonaire, asystolie transitoire) mettant ses jours en danger ne doit pas en principe courir les risques d'une nouvelle grossesse.

Les échecs de la commissurotomie peuvent également conduire à la stérilisation, à plus forte raison quand il aura fallu interrompre une grossesse ultérieure.

C/- Parmi les indications discutables se placent les antécédents d'accidents foetaux d'érythroblastose due à l'incompatibilité Rh.

Si dans de tels cas la stérilisation était légalement autorisée elle ne serait pas justifiable médicalement puisqu'il est possible que la femme conçoive un enfant indemne né d'un procréateur Rh. positif hétérozygote ou Rh négatif.

D/- Indications obstétricales :

Trois indications, d'importance inégale mais parfois intriquées, peuvent nécessiter la stérilisation:

- les dystocies du bassin,
- les césariennes répétées,
- la préservation de la cure chirurgicale de lésions périnéales

Ces indications représentent chez :

LAFFARGE : 11 cas sur 30,

LEE, RANDALL, KEETTEL: 463 cas sur 1169 (39,6%)

IRVING : 467 cas sur 1106 (42,2%)

BOYSEN et Mac RAE: 105 cas sur 169 (62,2%)

Dans son étude personnelle de 94 cas MURET (1929) faisait état de 76 stérilisations obstétricales: 3 pour rétrécissement du bassin et 73 pour prolapsus simple ou compliqué.

Le rétrécissement du bassin ne constitue actuellement une indication de stérilisation que dans la mesure où la disproportion foeto-pelvienne va nécessiter une césarienne à chaque grossesse, et la répétition de ces interventions motivera la requête, bien légitime, de la femme.

Certes une prévisible disproportion pourra être déjouée par un accouchement provoqué avant terme, mais cette solution n'est pas toujours praticable lors des grossesses ultérieures du fait de l'augmentation de poids du fœtus de gestation en gestation.

L'accoucheur peut être amené à pratiquer la stérilisation au décours d'une césarienne itérative en constatant la mauvaise qualité de la cicatrice de la césarienne antérieure, la qualité de la cicatrice n'étant pas toujours fonction du nombre des interventions déjà pratiquées.

La stérilisation complémentaire d'une cure chirurgicale de prolapsus ou de graves lésions périnéales se fera plus volontiers chez une femme âgée de 40 à 50 ans, multipare, que chez une malade plus jeune, mais la gravité des lésions, les troubles fonctionnels, médiocrité des tissus peuvent parfois forcer la main.

V - L'INSEMINATION ARTIFICIELLE

DEFINITION :

C'est l'introduction artificielle, en dehors de tout rapport sexuel, de sperme dans les voies génitales de la femme en vue de sa fécondation.

Les premières observations sont celles de HUNTER (1799), pour hypospadias, de GIGON (1867).

Les cas étaient fort rares puisque Mme SCHOROHOWA n'en relevait, en 1927, que 88 authentiques avec 33 résultats positifs.

En 1941, SEYMOUR et KOERNER rassemblaient déjà 9.580 observations.

Une meilleure connaissance des facteurs de stérilité avait mis en relief la responsabilité fréquente du mari: de 20 à 35% des cas selon les auteurs; par voie de conséquence les tentatives de suppléance par le sperme d'un tiers se sont multipliées.

Toutefois, nous insisterons moins sur l'aspect technique de l'insémination artificielle que sur les problèmes moraux, religieux, déontologiques et légaux qu'elle suscite.

LES INDICATIONS :

a/- avec le sperme du mari :

1/- malformation de l'appareil sexuel mâle :

- hypospadias,
- épispadias,
- fuite du sperme dans la vessie au moment de l'éjaculation (FISCHER et COATS)

2/ - Troubles fonctionnels :

- éjaculation prématurée,
- érection insuffisante,
- absence d'éjaculation avec pollutions nocturnes.

Ces troubles relèvent d'un traitement médical et neuro-psychiatrique .

3/ - Malformations de l'appareil sexuel féminin :

- certaines atrésies vulco-vaginales où le coit est incomplet ou impossible,
- cloisonnement du vagin,
- déviations utérines, mais le plus souvent en conseillant une "posture" adéquate au moment des rapports la fécondation peut fort bien avoir lieu.

4/ - Troubles fonctionnels :

- vaginisme rebelle à un traitement étiologique et neuro-psychiatrique,
- sténose cervicale après échec du traitement,
- col cicatriciel moins par la gêne mécanique que par le trouble sécrétoire dû à la disparition des glandes.

Des artifices techniques permettent parfois d'utiliser le sperme du mari et d'éviter l'insémination extra-conjugale. La vitalité d'un sperme asthénique ou oligo-asthénique peut être exaltée par l'administration d'hormones avant le prélèvement, ou par addition extemporanée d'hyaluronidase ou de solution de JOEL au produit d'éjaculation. Enfin une centrifugation modérée : 6000 tours/minute pendant 3 minutes peut donner de bons résultats dans les oligospermies (cité par CHOSSON).

b/- avec le sperme d'un donneur :

L'azoospermie et l'aspermie sont des indications évidentes.

L'aspermie est exceptionnelle.

L'azoospermie incurable ne représente qu'une très faible part des hommes stériles.

Notre Maître SEGUY a rapporté que sur 2500 consultantess vues à la Consultation de stérilité de Lariboisière il n'en avait retenu que 16 susceptibles de bénéficier d'une insemination artificielle extra-conjugale .

Beaucoup plus discutable sont les contre-indications à la procréation par le mari :

- certaines malformations, psychoses, épilepsie, etc...
- mariages consanguins avec une tare héréditaire dans l'ascendance et possibilité de "résurgence" de tares successives.
- accidents dus à une incompatibilité Rh avec morts foetales antérieures.

TECHNIQUE :

1/- Bilan clinique, biologique, radiologique du tractus génital de la femme et notamment la vérification de la glaire cervicale par le test de SEGUY.

2/- Dans les jours précédents seront proscrits tous les traitements vaginaux: injections, suppositoires, ovules.

3/- Le mari observera une abstinence préalable de 3 jours au minimum.

Le matériel utilisé est très simple : une seringue de 5 cm3, une canule de Brun. Un point essentiel: stérilisation sèche.

Le prélèvement du sperme peut se faire :

- soit dans les cul-de sacs vaginaux après coït,
- soit en utilisant un préservatif.

Mais ces deux méthodes risquent d'altérer le sperme et on doit leur préférer le coït interrompu ou la masturbation.

La plupart des auteurs préconisent de n'utiliser le sperme recueilli qu'après sa "liquéfaction" spontanée c'est à dire après un délai de 30 minutes environ.

Certain ont proposé la dilution du sperme dans des solutions glucosées ou dans un liquide de "reviviscence" type JOEL.

4/- L'instillation , faite dans la période pré-ovulatoire testée par la courbe thermique et l'aspect de la glaire cervicale, sera :.

- soit vaginale,
- soit par arrosage du col; éviter d'essuyer au préalable l'exocol car on risquerait d'enlever la glaire,
- soit intra-cervicale si la glaire est normale,
- soit intra utérine: à conseiller en cas d'oligo-asthénospermie.

5/- Nombreux sont les auteurs qui recommandent la répétition des instillations au cours du même cycle ou des cycles suivants.

Quand il s'agit d'une hétéro-insémination des artifices sont parfois utilisés pour des raisons "psychologiques":

- mélange du sperme du donneur avec celui du mari,
- mélange du sperme de plusieurs donneurs,
- ponction du testicule du mari pour donner le sentiment d'une contribution personnelle (1)
(MARCEL),

- n'est-on pas allé jusqu'à demander au mari de pousser lui-même le piston de la seringue !

CHOIX DU DONNEUR :

Le donneur choisi par le médecin qui procède à l'insemination devra remplir certaines conditions :

a/- Conditions psychologiques et sociales:

Il faut que le donneur ignore l'identité du couple et que le couple ignore celle du donneur moins pour éviter un éventuel "transfert" que des récriminations si l'enfant ne répondait pas aux espoirs du couple.

b/- Conditions médicales :

Le contrôle génotypique ne peut que s'assurer d'une bonne ascendance immédiate et d'une descendance apparemment rassurante : deux enfants bien portants et bien constitués, dans la mesure où le donneur s'il est marié produira ses enfants.

Sur les "exigences phénotypiques" l'accord des auteurs est fait.

Le donneur sera choisi par les sujets de 35 à 40 ans. L'âge est important car les psychoses graves débutent habituellement avant 35 ans. Physiquement et intellectuellement le donneur devra être comparable ou même supérieur au mari.

Enfin il est préférable que le donneur soit du même groupe sanguin que l'un des conjoints, mais si la mère est Rh négatif il faudra que le donneur le soit également.

c/- Conditions médico-légales :

Du fait de l'obligation du médecin au secret professionnel absolu les précautions que conseillent SEYMOUR et WEISMAN paraissent inutiles puisqu'en tout état de cause le médecin n'aura pas le droit d'en faire état s'il est poursuivi.

Ces précautions visent :

- les unes, la protection du médecin,
 - le consentement écrit, en double exemplaire, certifié par un "attorney" (équivalent de l'avoué), et muni des empreintes digitales de la femme et du mari,
 - le consentement écrit du donneur pour éviter qu'il intente une action judiciaire pour usage abusif de sperme qui aurait été donné pour un examen biologique, ou qu'il puisse réclamer la paternité de l'enfant s'il arrivait à connaître l'identité de la femme inséminée.
 - le consentement écrit de la femme du donneur.
- les autres, pour la protection de la mère :
 - le consentement écrit du mari,
 - l'accouchement devra être fait par un autre médecin qui pourra signer sans "arrière pensée" le certificat de naissance.

Ces deux précautions pour éviter une éventuelle action judiciaire pour adultère.

- enfin, pour la protection de l'enfant :

l'American Medical Association conseille que le mari assure l'avenir matériel de l'enfant soit par une police d'assurance soit par une procédure d'adoption.

A lire toutes ces précautions on ne retire pas l'impression que les médecins américains soient, comme le soulignent LACOMME et GUEGUEN, absolument assurés d'opérer dans la légalité parfaite.

En France , certains auteurs on t suggéré que, dans un but surtout psychologique, le médecin demande l'autorisation écrite des deux époux reconnaissant que "vivement désireux d'avoir des enfants et n'ayant pu réussir malgré leurs efforts et les traitement essayés ils demandent l'insémination avec le

sperme d'un donneur choisi par le médecin et inconnu d'eux, étant entendu que le donneur sera choisi sain et sans tare décelable par les procédés médicaux actuels."

PROBLEMES MORAUX ET PSYCHOLOGIQUES SOULEVES PAR L'INSEMINATION ARTIFICIELLE:

Ils sont bien différents selon que l'insémination sera faite avec le sperme du mari ou celui d'un donneur.

A/- Insémination avec le sperme du mari :

Psychologiquement l'insémination est bénéfique dans la mesure où son succès consolidera l'unité du couple si souvent compromise par cette "mauvaise conscience sexuelle" qu'entraîne le sentiment d'une stérilité de l'un des époux.

Mais certains aspects de l'insémination suscitent des réticences voire des condamnations sans appel.

Dès 1897 l'Eglise Catholique avait pris position contre l'insémination même avec le sperme du mari.

En 1929, nouvelle interdiction visant plus précisément le mode de recueillement du sperme, quel qu'en soit le but, quelle qu'en soit la méthode: masturbation, coït interrompu, sperme recueilli dans un préservatif...

Toutefois, les théologiens catholiques restaient divisés: l'insémination après ponction des épидидymes ou massage vésiculo-prostatique était licite pour PAYEN mais proscrite d'après LAVAUD, tandis que la méthode de COURTY (sperme recueilli dans le vagin après un coït normal) était admise par PAYEN et VERMEERSCH.

Mais l'accord est unanime contre la masturbation:

" la pollution est interdite non pas parce qu'il y a perte de semence, mais parce qu'elle suppose l'usage solitaire et complet d'organes qui sont destinés à être utilisés à deux ce qui est contre nature et donc illégitime".

En 1949, nouvelle déclaration hostile du Pape PIE XII qui condamne sans ambiguïté l'insémination artificielle tout en estimant légitime "l'emploi de certains moyens artificiels destinés uniquement soit à faciliter l'acte naturel, soit à faire atteindre sa fin à l'acte naturel normalement accompli".

Dans une audience accordée aux membres du 2^o Congrès Mondial de la fertilité et de la stérilité (1956) le Pape PIE XII a rappelé les interdictions antérieures.

Si l'Eglise Anglicane admet l'insémination avec le sperme du mari, l'Eglise Réformée y est hostile. La masturbation est interdite par le Judaïsme comme mode de recueillement du sperme pour inséminer la conjointe.

B/- Insémination avec le sperme d'un donneur :

Toutes les religions sont hostiles à l'insémination extra-conjugale.

Pour l'Eglise Catholique deux fautes sont commises: la masturbation et l'adultère.

L'Eglise Réformée estime que cette insémination rompt l'unité du mariage et qu'en cas de stérilité masculine c'est à l'adoption qu'il faut recourir, puisque dans cette décision les époux ont la même part.

L'Islamisme, hostile comme le Judaïsme, interdit même l'adoption.

L'Hétéro-insémination garde toutefois des partisans dont les arguments peuvent être résumés ainsi :

1^o/- La maternité est une nécessité physiologique et psychologique qu'on ne suppléera pas une "maternité adoptive".

L'absence de maternité ne manque pas de retentir sur le psychisme de la femme.

2°/- La consolidation du mariage :

LACOMME et GUEGUEN font état d'une statistique américaine qui montrerait que 70% des unions stériles se terminent par un divorce contre 8% des unions avec enfants.

" En cas d'azoospermie définitive du mari, si la femme réclame son droit à la maternité elle est dans la nécessité soit de divorcer, soit de tromper son mari, soit d'obtenir une grossesse par insémination artificielle" et DOUAY ajoutait: "si le mari est consulté c'est à cette dernière ressource qu'il s'adressera pour conserver son foyer: la fécondation artificielle loin d'être immorale permettrait de sauvegarder l'union du ménage tout en ménageant les apparences".

3°/-Le désir de paternité :

L'insémination serait préférable à l'adoption car l'enfant serait au moins celui de l'un des époux.

4°/-Séparation des fonctions sexuelles et de reproduction :

Pour ses partisans, l'insémination vaudrait mieux, même et surtout au point de vue de la morale, que la volonté de la femme de maintenir la confusion des deux fonctions en s'adressant à un partenaire fécond.

Chaque point de cette argumentation mérite d'être analysé:

I°/- S'il est exact que la maternité peut favoriser l'épanouissement physique et affectif de la femme, le coït, fécondant ou non, joue un rôle non négligeable dans cette maturité.

En aucun cas la maternité nous paraît être un "droit" de la femme; elle constitue une éventualité accueillie favorablement ou non selon les sentiments qui unissent les procréateurs l'un à l'autre, selon des

critères sociaux variables dans le temps (fréquence actuelle des familles nombreuses qui succède à celle des enfants "uniques") selon enfin la situation économique du couple.

La maternité pourrait-elle être un "droit" de la femme sans admettre en retour que le mari puisse, en bonne conscience, répudier sa femme stérile ?

Dans l'épanouissement de la femme après la maternité participe le sentiment que l'enfant est "l'enfant du couple", la projection de l'amour réciproque des époux tout autant qu'un nouvel équilibre physiologique.

2°/- Si la stérilité du mari provoque chez l'épouse des désordres affectifs tels qu'elle ne puisse être acceptée et qu'elle doive nécessiter une insémination avec le sperme d'un donneur anonyme, il nous paraît aléatoire d'espérer que le succès de l'entreprise ramènera le bonheur du couple et consolidera le mariage.

Comme le soulignent LAMSON, PINSARD et MEAKER dans leur étude sur les réactions qui peuvent suivre la naissance de l'enfant :

" après des hésitations et une certaine répulsion, le mari finalement adopte cette solution qui satisfait sa femme et par la suite il en tire autant de satisfaction qu'elle-même. Mais ces sujets sont à surveiller attentivement au point de vue psychologique car leur attitude bienveillante peut n'être que passagère avec des réactions ultérieures de ressentiment, de haine et de dégoût".

De son côté, Hélène DEUTSCH dans "la psychologie de la femme" (cité par HARTEMANN et LOUYOT) a bien montré les incidences psychologiques de l'insémination :

" la femme dans sa relation avec son enfant répète sa propre histoire avec sa mère et cherche à reproduire dans un nouveau "Triangle" le même processus psychologique (le triangle étant représenté par les relations Père-Mère-Enfant).

Seules pourraient échapper à cette "loi du triangle" et par conséquent pourraient s'accommoder de l'hétéro-insémination celles qui sont atteintes de "l'envie du pénis" c'est à dire d'être "homme".

Est-il bien certain que l'acceptation par le mari de l'insémination de sa femme apparaîtra comme une preuve d'amour et non pas comme une nouvelle "démission"?

3°/- Le désir de paternité :

L'hétéro-insémination est-elle préférable, dans l'intérêt du couple, à l'adoption ?

Ce mode de procréation de l'enfant ne facilitera certainement pas le rôle du "père" en tant qu'éducateur et chef de famille.

4°/- La séparation des fonctions sexuelles et de reproduction:

L'hétéro-insémination est-elle plus "morale" que l'adultère ?

Nous pensons que la notion de "fidélité" de la femme s'accommode mal d'une insémination par le sperme d'un tiers anonyme, à la seule fin d'être fécondée. L'accord tacite du mari n'excuse pas l'adultère.

ASPECTS MEDICO-LEGAUX :

Nous exposerons les problèmes juridiques que soulève l'insémination artificielle :

1°/- le problème de la filiation,

2°/- la responsabilité pénale,

3°/- la responsabilité civile,

4°/- le problème du divorce et de la nullité du mariage.

I°/- La filiation :

A/- Si la femme est mariée et inséminée avec le sperme de son mari, l'enfant est légitime puisque toutes les conditions de légitimité sont remplies en droit et en fait.

B/- Si la femme n'est pas mariée, l'enfant est alors "naturel", reconnu ou non par sa mère.

L'anonymat du donneur, la préservation de son identité par le secret médical rendent impossible la recherche par l'enfant de sa paternité.

Théoriquement la recherche de paternité sera admise ici dans les cas de viol; d'avou écrit et non équivoque fait par l'homme de sa paternité ou enfin le cas où il a volontairement contribué à l'entretien et à l'éducation de l'enfant.

Mais si la femme est prouvée avoir eu des relations sexuelles avec un autre individu pendant la période écoulée entre le 180ème et le 300ème jour avant la naissance, ou si elle a été pendant cette période d'une inconduite notoire, la recherche de paternité restera irrecevable.

C/- Insémination de la femme mariée avec le sperme d'un tiers.

Si la femme a été mariée un moment quelconque de la période allant du 180° au 300° jour avant la naissance, l'enfant de la femme est réputé avoir pour père le mari, si certaine et si établie que puisse être l'insémination artificielle de cette femme par un tiers.

Le mari ne peut tenter une action en désaveu de paternité que dans 2 cas précis :

1°/- le cas où la femme aurait dissimulé son état:

- soit en cachant sa grossesse au mari,
- soit en faisant déclarer l'enfant à l'état-civil comme né de mère inconnue.

2°/- l'impossibilité physique de cohabitation résultant:

- soit de l'éloignement,
- soit de l'impuissance accidentelle: la castration permettrait le désaveu. Mais la loi écarte expressément l'impuissance naturelle (azoospermie ou déficience spermatique) de sorte que celle-ci ne permet pas au mari d'ouvrir une action en désaveu.

" Le fait par le mari de laisser féconder artificiellement sa femme par la semence d'un tiers équivaut pour lui non seulement à une adoption de l'enfant mais encore au fait de l'imposer à toute sa famille comme s'il avait été fils de sa chair". (Pr. SAVATIER)

2°/- La responsabilité pénale :

L'insémination imposée de force à la femme répond à la qualification de viol punie par l'article 332 du C.P.

Mais l'insémination peut également avoir lieu sans le consentement de la femme dans les cas suivants : ce sera le mari qui, voulant cacher à son épouse son infécondité demandera au médecin de procéder à l'insémination avec le sperme d'un tiers à l'insu de sa femme soit à la faveur d'un examen gynécologique, soit sous l'apparence d'une insémination avec le sperme marital.

Le mari et encore plus le médecin peuvent être inculpés de coups et blessures volontaires non qualifiés de meurtre et autres crimes et délits volontaires aggravés par la préméditation (art. 309, 310, 311 du C.P.) ou même de viol.

L'insémination artificielle, en tant que manœuvre, ne peut être punissable, que dans le cas bien improbable ou elle aurait lieu en public ! tombant ainsi sous le coup de l'article 330 : outrage public à la pudeur.

Mais c'est surtout en matière d'adultère que peut se poser la question d'une qualification répressive.

On sait que le code pénal distingue l'adultère du mari et celui de la femme qui, lui, risque de faire mensongèrement admettre dans la famille "civile" les enfants d'un intrus.

L'adultère du mari n'est punissable que s'il s'accompagne d'un "manque de foi saandaleux": entretien d'une concubine au domicile conjugal par exemple (Art. 336 à 339 du C.P.)

Si le sperme d'un homme marié est employé sur une femme autre que la sienne, cette pratique, pas plus que l'adultère du mari n'est pénalement punissable (SAVATIER). Le donneur du sperme est par conséquent à l'abri de poursuites pénales, mais pourrait néanmoins être poursuivi en tant que complice de l'adultère de la femme inséminée (art. 338)

Mais les Procureurs de la République ne peuvent poursuivre correctionnellement les femmes adultères et leur complice que sur plainte du mari et exigent même qu'il se porte partie civile ce qu'il hésitera à faire s'il avait consenti à l'insémination.

3°/- La responsabilité civile :

Le donneur et le médecin peuvent être civilement responsables, mais le donneur est protégé par le secret médical.

La responsabilité civile est donc avant tout une responsabilité médicale.

Le préjudice peut être matériel: la tentative d'insémination a provoqué ou transmis une maladie.

Le préjudice peut être moral: l'insémination a entraîné la discorde conjugale ou même le divorce.

On sait que la responsabilité médicale n'est pas une responsabilité de résultat mais de moyens, c'est pourquoi devant un enfant malformé les parents devraient apporter la preuve, bien difficile, d'une insuffisance d'examen du donneur par le médecin. Par ailleurs l'origine féminine d'une malformation foetale est trop fréquente pour que la responsabilité du médecin soit finalement engagée. Ce qui ne signifie pas pour le médecin une parfaite tranquillité d'esprit ni une bonne conscience devant un résultat pitoyable de l'insémination qu'il a pratiquée.

4°/- Le problème du divorce et de la nullité du mariage :

La seule action pratiquement ouverte au mari contre l'épouse ayant consenti à l'insémination est l'action en divorce fondée sur "l'injure grave".

Cette injure grave existe si l'insémination a été pratiquée sans le consentement de l'un des deux époux.

Mais si l'insémination par un tiers a été consentie par les deux époux, quelle valeur accordera-t-on au consentement ?

La jurisprudence n'est pas encore bien fixée en cette matière.

Un arrêt assez surprenant a été rendu à Lyon en Mai 1956 donnant tort à une femme qui s'était fait inséminée avec le sperme de son mari !

Le problème de la nullité du mariage invoquée par la femme se fondant sur une insémination artificielle avec le sperme de son mari, preuve éventuelle de l'impossibilité de relations sexuelles normales, ne peut pas être soulevé devant les tribunaux français car le Code Civil ne fait pas de la consommation du mariage une condition de validité de ce mariage. Seule l'identité de sexe entraînerait la nullité (Pr. MERGER).

En conclusion, les incidences médicales, morales et juridiques de l'insémination artificielle avec le sperme d'un "donneur" nous paraissent tellement graves et le bénéfice qu'on peut en attendre tellement aléatoire que sa pratique doit être, ainsi que le recommandait en 1949 l'Académie des Sciences morales, très nettement déconseillée.

VI - AVORTEMENT CRIMINEL

Si l'avortement criminel représente l'un des plus anciens chapitres de la Médecine Légale, il faut bien avouer que nous sommes toujours aussi démunis de documents précis sur sa fréquence et à peu près ignorants de sa répartition dans la population selon l'âge, la classe sociale, la profession et le mode de vie citadine ou rurale.

Aucun chiffre contrôlable ne mesure sa fréquence.

A partir d'un petit nombre d'avortements criminels commis dans une lointaine sous-préfecture on généralise à l'ensemble d'une nation et de tels chiffres, fort anciens en général, sont pieusement retranscrits de publication en publication, ainsi que le signalait déjà Balthazard.

Une telle ignorance n'est pas pour surprendre puisqu'une enquête sérieuse se heurte au secret observé par les avortées et les seuls chiffres valables sont ceux des femmes arrêtées par la police ou décédées de façon suspecte. En 1954, par exemple, la Brigade Santé-Natalité a eu à connaître 460 cas d'avortement dont 45 décès !

Le nombre d'avortements réalisés aurait peut être moins d'intérêt que le nombre de tentatives d'avortements car celles-ci font courir les mêmes risques à la femme, qu'elle soit enceinte ou non; n'a-t-on pas rapporté des observations de mort subite ou de septicémies à perfringens post abortum alors que l'utérus traumatisé n'était pas gravide (observation de DEROBERT et MARTIN par exemple).

Le rôle du système neuro-végétatif avec ses réflexes "d'inhibition" possibles à point de départ dans la sphère génitale a été bien mis en évidence par PIEDELIEVRE et DEROBERT.

L'opinion médicale admet que le nombre des avortements criminels est pratiquement égal à celui des naissances.

Ceci est improuvable, par contre il nous paraît probable qu'il existe une relation étroite entre ces deux chiffres et que le rapport Avortements criminels-Naissances doit être pratiquement constant sauf peut-être dans les périodes de troubles sociaux: guerre, crises économiques etc... où le nombre des avortements provoqués augmente sans doute en valeur relative.

En 1956 NETTER publiait les tous premiers chiffres de l'enquête qu'il se propose de poursuivre; chez 1768 femmes interrogées il y avait eu 2938 naissances et 1223 avortements provoqués reconnus par les malades soit 41,6%.

L'auteur estimait a priori une erreur en moins de 10 à 15% et admettait que les avortements provoqués représentaient approximativement 50 à 55% des naissances.

Le développement de ce travail permettra peut être une appréciation valable pour la région parisienne.

L'avortement criminel, du point de vue sociologique, n'a guère été étudié en France que par Jean SUTTER.

Cet auteur a mené de 1945 à 1950 une enquête auprès de 1747 femmes hospitalisées pour avortement dans le Département de la Seine.

Quelques faits intéressants ont été ainsi mis en évidence :

- la répartition selon la situation matrimoniale était la suivante :

- mariées: 47%,
- célibataires: 38%,
- divorcées: 13%,
- veuves: 2%.

Notons que sur les 460 avortées détectées en 1954 par la police le pourcentage des femmes mariées était de 62,2%,

- selon les ressources pécuniaires: chez les célibataires les femmes pauvres ou de situation modeste représentaient 88%, et chez les femmes mariées de 90%.

Rappelons qu'il s'agissait d'une enquête en milieu hospitalier.

- 50% des femmes avaient opéré seules et 50% avec l'aide d'un tiers. Mais une majorité de femmes mariées ont opéré seules.

L'assistance reçue venait dans 24% des cas d'une personne exerçant une activité médicale ou paramédicale.

- dans 68% des cas l'avortement a été pratiqué en plein accord avec le conjoint, dans 27% des cas à son insu, 2% contre la volonté du conjoint.

" L'avortement apparaît bien comme un phénomène conjugal et exprime la volonté délibérée de limiter les dimensions de la famille" (SUTTER).

- les motifs invoqués: plus de la moitié des femmes mariées ont invoqué des motifs d'ordre économique.

Dans les motifs psychologiques invoqués: 68% des femmes mariées ont déclaré qu'elles ne voulaient plus d'enfants.

- enfin suivant l'âge des femmes et le nombre de leurs enfants il existe deux catégories d'avortements provoqués:

1/- les célibataires dont l'âge moyen est très jeune et les raisons sociales évidentes.

2/- les femmes mariées ou les mères de famille qui utilisent l'avortement pour limiter leur famille momentanément ou définitivement .

- chez les femmes mariées qui ne voulaient plus d'enfants (31,5%) la moyenne des enfants était de 2,37 (il faut rappeler que la fécondité moyenne pour les femmes nées entre 1920 et 1925 , donc celles intéressées par l'enquête, est de 1,7 enfants) tandis que chez les femmes mariées qui "ne voulaient pas d'enfant pour le moment" le nombre moyen d'enfants était de 1,22.

Dans les pays où les indications médico-sociales et économiques permettent l'avortement légal et éventuellement la stérilisation comme la Finlande et d'autres nations scandinaves on retrouve des chiffres analogues.

En Finlande, par exemple, de Juillet 1950 à Décembre 1952 il a été constitué 7.076 dossiers; 5664 d'avortements et 1412 d'avortements suivis de stérilisation.

Les femmes mariées représentaient 85% des impétrantes. Le groupe le plus important était constitué de femmes qui avaient déjà deux enfants.

On retrouve en France le même problème qui pose la question de l'efficacité des mesures en faveur de la natalité, mesures particulièrement généreuses à partir du 3^e enfant, celui dont l'éventualité conduit un grand nombre de mères de famille à l'avortement provoqué, si bien que l'avortée aux traits hideux, c'est aussi cette mère magnifique qui berce dans ses bras deux anges blonds, la même femme" (S. de BEAUVOIR).

LEGISLATION FRANCAISE CONTRE L'AVORTEMENT :

I/- DROIT ANCIEN

Nous entendons par là les textes répressifs antérieurs à la Loi du 31 juillet 1920 tant cette loi apporte d'éléments nouveaux.

Jusqu'à la Révolution de 1789 l'interruption de la grossesse était punie de mort.

En 1791: légitimité pour l'avortée mais chatiment sévère pour l'avorteur: 20 ans de fers.

Le Code Pénal de 1810 (art. 317) reconnaissait l'avortement comme un crime, même pour l'avortée, crime puni de la réclusion et parfois des travaux forcés à temps.

Mais pour qu'il y ait "crime" il fallait que soient réunis trois éléments :

- 1°/- grossesse certaine,
- 2°/- intention criminelle,

3°/- consommation de l'acte; la tentative d'avortement n'était théoriquement pas punissable mais la jurisprudence s'appuyant sur l'art. 2 du Code Pénal concernant la tentative de crime suivie de commencement d'exécution réprimait la tentative d'avortement non suivie d'effet.

Qualifié comme "crime" l'avortement relevait des Cours d'Assises qui sont rappelons le des juridictions d'exception.

La lourdeur des peines applicables et l'indulgence facile à gagner des jurés firent que ces tribunaux d'exception ne frappaient pas les coupables comme le souhaitaient les Pouvoirs Publics.

2/- LA LOI DU 31 JUILLET 1920

Le Pr. PINARD intervenant dans le débat prononça cette parole prophétique :

"or elle (la proposition) ne contient pas un article capable de lutter efficacement contre l'avortement".

Malgré cette intervention la loi fut votée à une très forte majorité et ratifiée à l'unanimité par le Sénat, le 29 juillet 1920.

Cette loi vise d'une part la provocation à l'avortement :

" ceux qui auront par discours, vente de livres, tracts etc... ou publicité quelconque provoqué au crime d'avortement, même si cette provocation n'a pas été suivie d'effet"

et d'autre part la propagande anti-conceptionnelle.

3/- LA LOI DU 27 MARS 1923

Elle vient renforcer la loi précédente et vise à remplacer l'article 317 du Code Pénal tombé en désuétude.

La nouvelle loi "correctionnalise" l'avortement qui, perdant sa qualification de crime pour devenir un délit, est du même coup passible de peines moins lourdes mais

prononcées par des magistrats de "correctionnel" peu accessibles aux effets d'audience.

La loi faciliterait l'application des peines et évitait que les poursuites engagées se terminassent par l'acquittement pur et simple des accusés comme cela se produisait souvent auparavant.

Deuxième nouveauté importante: la loi frappe la tentative d'avortement comme l'acte lui-même.

Enfin le tribunal prononcera une suspension temporaire ou une incapacité absolue de l'exercice de leur profession contre les médecins, sage-femmes et auxiliaires médicaux ou para-médicaux.

Les Pouvoirs Publics insatisfaits des résultats de cette nouvelle législation inclurent dans le décret-loi du 29 juillet 1939 encore appelé "Code de la Famille" des dispositions nouvelles intéressant la protection de la grossesse.

L'article 82 remplace en fait l'article 317 du Code Pénal modifié en 1923. Il étend la répression en dégageant la notion de "supposée enceinte", la grossesse supposée étant en matière d'avortement assimilée à une grossesse réelle.

La répression du délit est aggravée s'il s'agit d'un délit d'habitude visant ainsi les professionnels de l'avortement.

Enfin il retire le bénéfice du sursis aux auteurs d'un avortement sauf s'il s'agit de l'avortée elle-même, ... seraient-ils des délinquants primaires.

L'article 83 aggrave la peine accessoire de l'interdiction ou de la suspension de l'exercice pour les membres des professions médicales ou assimilées dont la liste est par ailleurs allongée.

L'appartenance à une profession médicale ou para-médicale constitue une circonstance aggravante érigée en délit spécial : 1 à 10 ans d'emprisonnement et de 1.200.000 à 4.800.000 F. et obligatoirement la relégation si la peine de prison est supérieure à 3 ans.

En ce qui concerne la femme qui pratique l'avortement sur elle-même; le Code de la Famille confirme la Loi de 1923 :

- sanctions moins sévères,
- sursis et circonstances atténuantes possibles,
- mais par contre elle peut être poursuivie pour une simple tentative, alors même que la grossesse n'existait pas réellement.

L'article 87 autorise l'avortement thérapeutique avec les réserves que l'on sait. Le Code de Déontologie (1947) viendra préciser les précautions dont doit s'entourer le médecin.

Ce même article modifie l'article 378 du Code Pénal qui rappelons-le oblige au secret professionnel certaines professions, la médecine en particulier; désormais l'obligation au secret professionnel est levée dans les affaires d'avortement, ce qui ne signifie pas qu'il fasse obligation au médecin de dénoncer les avortements dont il a connaissance mais lui permet de les dénoncer s'il le désire.

Cette licence avait suscité les plus grandes réserves du Pr. Louis PORTES.

L'article 91 renforce encore la législation du 31 juillet 1920 concernant la provocation à l'avortement; une liste des produits abortifs a été constituée mais n'est parue au Journal Officiel qu'en 1946.

Ces produits sont prohibés et s'ils doivent servir à des fins thérapeutiques ils ne peuvent être délivrés que sur ordonnance médicale laquelle sera retranscrite sur un registre paraphé par le Maire ou le Commissaire de Police.

L'article 92 concerne le Diagnostic biologique de grossesse qui ne peut être effectué que sur ordonnance datée et signée du médecin, et ne peut être effectué, après présentation d'une carte d'identité, que dans un laboratoire autorisé. Ces laboratoires doivent tenir des registres cotés et paraphés par le Commissaire de Police.

De telles mesures ont, dans l'esprit du législateur, pour effet d'empêcher les femmes de se faire avorter grâce à un diagnostic très précoce.

Si nous nous sommes étendus aussi longuement sur le Code de la Famille, c'est parce qu'il représente la législation actuellement en vigueur depuis la Libération avec toutefois une modification concernant les circonstances atténuantes et le sursis.

Le Code de la Famille en avait interdit l'octroi pour les infractions graves touchant à l'avortement. Cette restriction prenait place parmi d'autres qui ces dernières années avaient porté des atteintes aux droits des juges d'accorder les circonstances atténuantes et le sursis. Comme elles avaient soulevé des critiques (on leur reproche notamment d'être contraires au grand principe de l'individualisation des peines), la loi du II/7/50 les abrogea en bloc.

De nouveau le sursis et les circonstances atténuantes peuvent être éventuellement accordées aux avorteurs

LA COMPLICITÉ EN MATIÈRE D'AVORTEMENT :

Son étude mérite que nous nous y arrêtions car le médecin risque par une simple imprudence même verbale d'être inculpé de complicité en matière d'avortement criminel.

A/- Le praticien peut être accusé de favoriser les moyens de procurer l'avortement (art. 367 du Code Pénal). Il s'agit en fait d'un "encouragement" ou même d'un simple conseil toutefois insuffisants pour constituer une "complicité".

GOLETTY cite l'exemple suivant : le médecin qui, refusant d'intervenir, se laissera aller à dire à la personne qui le sollicite qu'elle n'a qu'à se placer une sonde et qu'il n'interviendra que lorsqu'il y aura une hémorragie.

Les peines prévues sont alors les mêmes que si le médecin avait effectué lui-même les manœuvres.

B/- La complicité proprement dite.

Elle peut prendre de multiples aspects encore faut-il distinguer :

1°/- la complicité avec l'avortée.

Elle concerne tous ceux qui, directement ou indirectement, agissent dans l'intention d'aider ou d'assister l'aspirante à l'avortement .

Par exemple : indiquer à une femme enceinte désirant se faire avorter le nom d'une avorteuse, accompagner une femme enceinte chez une avorteuse prêter des instruments abortifs à une femme qui opère sur elle-même.

Est également complice l'amant qui menace sa maitresse de l'abandonner si elle ne se soumet pas à l'avortement.

Par contre, le fait pour l'amant de prendre à sa charge les frais chirurgicaux entraînés par le curetage rendu nécessaire par l'avortement ne constitue pas un acte de complicité.

2°/- Complicité avec l'avorteur.

Par exemple le fait de tenir la patiente pendant les manoeuvres abortives, tenir une lampe portative pendant l'opération, prêter un local à l'avorteur, prêter du matériel à l'avorteur.

Il existe une disproportion étonnante entre les moyens de répression et de prévention qu'offre la loi actuelle et les résultats obtenus tant pour le nombre de poursuites engagées que pour la diminution du nombre des avortements provoqués.

Si l'on compare la législation concernant les stupéfiants et les très remarquables résultats obtenus, on peut s'interroger sur l'efficacité de notre législation en matière d'avortement provoqué.

Certes la législation n'est pas tout, aussi furent créées en 1939 après la promulgation du Code de la Famille des sections de police spécialisées: Brigade Santé-Natalité de la Préfecture de Police par exemple.

Les investigations sont rendues très difficiles par le caractère même de l'infraction: secrète dans sa détermination, secrète dans son exécution souvent au domicile de l'avortée qui agit elle-même ou avec la seule aide de son conjoint ou d'une amie complaisant, secrète dans son évolution puisque si "tout se passe bien" personne n'en parlera et si une complication survient le secret professionnel du médecin s'exercera.

Les seules occasions de poursuite seront : les dénonciations et les morts suspectes. Ces dernières sont devenues exceptionnelles du fait des précautions que prennent les avorteurs ou les auto-avorteuses: injections préventives de sérum anti-tétanique, d'antibiotiques et des précautions d'asepsie.

Il y eut 77 décès connus en 1946,
54 décès en 1947
45 décès en 1954

La stricte observation par les médecins du secret professionnel en matière d'avortement suscite une certaine incompréhension de la part des policiers qui y voient l'obstacle majeur à leur action.

Des propositions tendant à passer outre le secret médical furent faites par des criminologues, telles que celles de P. BOUZAT qui souhaiterait :

1°/- Disparition totale du secret professionnel médical :

" ... nous pensons que ce serait aller trop loin vu l'état d'esprit actuel du corps médical".

2°/- Dénonciation obligatoire des fausses couches :

" ... elle a donné d'excellents résultats en Italie ...

... toute fausse couche non déclarée serait réputée avortement provoqué et le fait de cacher la fausse couche entraînerait présomption de culpabilité chez le médecin et chez la femme avortée".

3°/- Excuse absolutoire :

4°/- Agents provocateurs :

" ... nous sommes opposés à une telle institution. Malgré les nécessités de la lutte contre l'avortement ce procédé nous paraît quelque peu répugnant: il entretiendrait un climat indésirable de suspicion et de délation".

Mesures complémentaires d'ordre administratif et judiciaire
Surveillance non seulement des établissements d'accouchement, mais aussi de tous les établissements publics ou privés où sont donnés des soins médicaux ou chirurgicaux .

LES LEGISLATIONS ETRANGERES EN MATIERE D'AVORTEMENT PROVOQUE

A la différence de la loi française nombre de législations étrangères tiennent compte :

- 1°/- de l'état réel ou seulement supposé de grossesse,
- 2°/- du consentement ou non de la femme à l'avortement : Italie, Brésil,
- 3°/- des conséquences mortelles ou non de l'avortement: le Droit Anglo-Saxon applique la qualification de meurtre et homicide volontaire à celui qui par des manœuvres abortives a provoqué la mort de la femme.
- 4°/- de l'esprit de lucre de l'avorteur: Pays-Bas, Danemark, Suède, Suisse, Italie.
- 5°/- dans la plupart des législations l'appartenance à la profession médicale ou para-médicale constitue un facteur aggravant pour l'avorteur.

Plutôt qu'une fastidieuse énumération des lois étrangères il nous paraît intéressant de citer quelques cas particuliers:

SUEDE :

La femme avortée et l'avorteur qui a agi avec le consentement de la femme sont punis de peines légères; celle-ci devenant très lourdes en cas de non consentement de la femme, allant jusqu'aux travaux forcés à perpétuité en cas de mort de l'avortée.

Dans certaines circonstances la loi permet l'avortement : avortement "thérapeutique" dans le cas où la femme a été violée.

DANEMARK :

Le 18 Mai 1937 promulgation d'une loi réglementant l'avortement légal .

L'interruption de grossesse est autorisée pour des motifs d'ordre médical,
eugénique,
criminel: inceste, viol,
médico-social.

NORVEGE :

Il n'existe pas encore de loi sur l'avortement légal, mais il n'y a jamais de poursuites engagées contre des médecins qui pratiquent un avortement pour des raisons médicales.

De toute façon une loi est actuellement en préparation et elle serait assez voisine de la législation suédoise.

FINLANDE :

La loi Finlandaise sur l'avortement est entrée en vigueur le I.VII.50. Elle est inspirée de la législation suédoise correspondante, mais les indications de l'avortement y sont peut être moins larges.

I/- Les principaux points de la loi :

La grossesse peut être interrompue avec le consentement de la femme :

- a/- pour des raisons médicales : lorsque la grossesse constitue un sérieux danger pour la santé physique ou mentale de la femme.

Dans l'estimation de ce risque les faits sociaux tels que les conditions de vie très difficiles et autres circonstances affectant la santé de la femme peuvent être prises en considération.

- b/- Pour des raisons humanitaires ou éthiques : lorsque la femme a été violée ou que le coït a eu lieu dans des circonstances prévues par la loi pénale, ou lorsqu'il y a eu violation flagrante de sa propre liberté d'action, à condition que la femme ait immédiatement porté plainte auprès des autorités avant la découverte de la grossesse.

La grossesse peut également être interrompue dans le cas de filles âgées de moins de 16 ans.

- c/- pour des raisons eugéniques : quand il peut être admis que la mère ou le père ont un bagage héréditaire tel que le futur enfant pourrait être atteint d'affection mentale, idiotie, ou affection physique sévère ou une déficience grave de toute sorte.

Dans ce cas la stérilisation doit être effectuée sauf grave contre-indication.

GRANDE-BRETAGNE :

La loi sur l'avortement est contenue dans les sections 58 et 59 de l'Acte sur les Délits contre la Personne (nous avons traduit "Offences" par Délit" ce qui n'implique pas une distinction juridique entre délit et crime mais doit être interprété dans le sens le plus large d'atteinte à la personne). Cette loi date de 1861.

La section 58 peut être ainsi abrégée: "toute femme qui, avec l'intention de provoquer une fausse-couche s'administrera illégalement un poison ou utilisera illégalement un instrument quelconque ou tout autre moyen sera coupable de crime ("felony") et passible de Travaux Forcés à perpétuité ou pour une durée non inférieure à 3 ans, ou d'emprisonnement pour une durée au moins égale à 2 ans avec ou sans travaux forcés, avec ou sans réclusion".

La section 59 prévoit une peine jusqu'à 3 ans de prison pour toute personne qui illégalement fournit le poison ou l'instrument avec l'intention de provoquer une fausse couche.

Comme on le voit la loi britannique est extrêmement souple dans l'application des peines.

En matière d'avortement thérapeutique il n'existe pas de législation précise; le médecin anglais à l'opposé de son confrère français est supposé a priori avoir des raisons médicales valables lorsqu'il pratique une interruption de grossesse.

ETATS-UNIS :

Il n'existe pas de loi fédérale sur cette question, aussi assistons-nous à l'éclosion de législations différentes selon les états.

En Louisiane par exemple tout avortement est un crime.

Dans une vingtaine d'états et l'Alaska: l'avortement est un crime sauf quand il est pratiqué pour sauver la vie de la mère.

Dans l'Etat de Columbia on admet l'avortement pour éviter "des accidents sérieux".

Dans deux autres Etats il n'y a crime que lorsque l'enfant a remué.

SUISSE :

Le Code Pénal suisse, le 1er janvier 1942, par son article 120 permet l'avortement fait par un médecin et sous certaines conditions, en particulier l'avis conforme d'un médecin expert de la spécialité pour laquelle l'avortement est indiqué: expert cardiologue, psychiatre, phtisiologue.

En fait il s'agit d'une loi fédérale et il existe de large différences d'interprétation suivant les Cantons de la Confédération et faut-il le dire suivant la morale religieuse prédominante.

ALLEMAGNE :

I/- Dès la fin de la Première guerre mondiale, le paragraphe 218 du Code Pénal allemand sur la protection prénatale fut mis en cause et c'est la fameuse apostrophe d'Erile Hollein:

"une loi qui transforme chaque année
900.000 allemandes en criminelles n'est
plus une loi" (cité par Hans HARMSEN)

Le paragraphe fut refondu par statut le 18 Mai 1926:

"une femme qui tue son fruit intra-utérin
ou par avortement ou laisse une autre
personne le faire est seulement punie de
prison".

La sanction pénale est seulement réservée aux
professionnels de l'avortement.

2/- Le régime national-socialiste à peine au pouvoir augmente immédiatement les peines prévues en matière d'avortement provoqué (loi du 26 Mai 1933).

En 1935 il est obligatoire de déclarer toute interruption de grossesse, toute fausse couche, toute naissance prématurée.

Le 1er janvier 1941 paraît une Ordonnance de Police de Himmler sur l'usage des moyens et instruments pour prévenir ou interrompre la grossesse.

Le 9 mars 1943 eut lieu une révision des sections 218 et 219 du Code Pénal: les peines de prison et de détention furent encore augmentées, pouvant aller jusqu'à la peine de mort si la personne essaie par ce moyen de mettre en danger la "continuité biologique du peuple allemand".

3/- Après 1945 les ordonnances variées des forces d'occupation conduisirent en matière d'avortement et de manœuvres anti-conceptionnelles à un véritable chaos législatif.

La peine de mort pour l'avortement et la prévention de la grossesse fut supprimée du code criminel mais l'ordonnance de Himmler datant de 1941 restait encore en vigueur et elle est toujours valable dans quelques états allemands.

En Allemagne orientale une Ordonnance du 2 août 1946 révoque l'Ordonnance de Himmler.

Mais le 27 septembre 1950 un arrêté fut promulgué sur la Protection maternelle et Infantile et sur les Droits de la Femme de même type que la loi soviétique de 1936.

U.R.S.S. :

En vingt années la position officielle en matière d'avortement provoqué est passée de la liberté absolue à l'interdiction presque absolue.

De 1917 à 1920: suppression de toute pénalité en matière d'avortement provoqué.

En 1920 un décret institue l'avortement légal médical et fixe les conditions dans lesquelles l'avortement sera permis. Interdiction aux sage-femmes de le pratiquer et aux médecins de l'effectuer dans un but lucratif et à titre privé.

En 1924 un décret modifie celui de 1920 et il crée les demandes d'autorisation pour l'interruption de la grossesse, des commissions spéciales étant chargées de prendre une décision. Environ 80% des cas proposés recevaient une réponse favorable.

En 1925 : on précise dans quelles conditions cette intervention sera gratuite.

En 1926: l'avortement est interdit dès que la grossesse a dépassé le 3^e mois.

Cette période de grande liberté va durer encore dix ans.

En 1936, l'avortement devient formellement interdit sauf lorsque la grossesse constitue un danger pour la vie ou la santé de la femme enceinte, également pour indications eugéniques. L'opération doit être effectuée dans un hôpital ou une maison d'accouchement .

La lutte contre l'avortement illégal est encore renforcée en 1940 puisqu'on exige des médecins la dénonciation des avortements dont ils peuvent avoir connaissance.

Nous ignorons quelle attitude en matière d'avortement provoqué adoptera le nouveau code soviétique actuellement en préparation.

En effet la législation soviétique varie largement selon les circonstances.

Cependant la conception nouvelle de la famille dans la société "socialiste" laisse difficilement prévoir un retour à la législation antérieur à 1936, époque où l'éclatement du cadre "bourgeois" de la famille était à l'honneur.

JAPON :

Il représente actuellement le seul pays où l'avortement est non seulement largement autorisé, mais encore encouragé par les Pouvoirs Publics, venant compléter la propagande anti-nataliste officielle.

Mise à part l'Inde, le Japon est le seul pays où les problèmes que pose la surpopulation atteignent une telle acuité.

En 1948 une loi autorise l'avortement dans les familles pauvres et sur l'avis du médecins.

Elle remplace la loi de 1940 qui cherchait seulement à empêcher la transmission des maladies héréditaires.

La nouvelle loi indique que la commission de protection eugénique peut autoriser l'interruption de la grossesse dans le cas où elle-ci serait très nuisible à la santé de la mère pour des raisons physiques ou économiques.

C'est la seule législation au monde à prévoir des indications sociales à l'avortement, les autres législations prévoyant des indications "médico-sociales".

EXISTE-T-IL UNE SOLUTION AU PROBLEME DE L'AVORTEMENT CRIMINEL?

Préoccupants, à des degrés variables, dans tous les pays les avortements criminels se sont vus opposer deux séries de mesures :

- 1/- des mesures répressives visant en premier lieu les avorteurs "professionnels", puis les avortées et enfin tout ce qui risque de conduire à l'avortement: propagande, pamphlets, publicité pour des produits à action abortive réelle ou supposée.
- 2/- des mesures sociales et économiques s'attachant à alléger la charge matérielle supplémentaire que représente l'enfant pour sa famille

Notre pays possède un puissant arsenal de l'une et l'autre de ces mesures.

Nous avons vu que la loi française contre l'avortement est l'une des plus complètes et des plus sévères; quant aux dispositions en faveur de la famille elles sont fort généreuses : la compensation des charges familiales en 1949 équivalait à 633 milliards de francs pour atteindre 1326 milliards en 1953.

Il faut entendre par "compensation des charges familiales":

- les compléments familiaux de revenus,
- les aides pécuniaires occasionnelles,
- les réductions de tarifs,
- de droits,
- d'impôts,
- les prestations en nature et enfin la protection sociale du foyer familial.

Cette politique familiale visait moins à favoriser directement les naissances qu'à empêcher l'interruption délibérée de grossesses "involontaires".

Le taux de natalité qui était de 14,7‰ en 1937 est monté à 16,5‰ après la guerre 1939-1945 pour atteindre 21,3‰ en 1947; en 1955 ce taux était revenu à 18,5‰. c'est à dire exactement au taux des années 1925-1930.

Il est par conséquent difficile de juger de l'efficacité réelle de ces dispositions sur la natalité et encore plus sur la fréquence de l'avortement criminel.

Le procès d'une législation purement répressive a été fait dès 1944 par Monsieur le Pr. Agrégé DEROBERT; il resterait à tenter d'établir le bilan des mesures prises depuis.

Que proposer ?

Nous avons vu les suggestions de P. BOUZAT: disparition totale du secret professionnel médical, dénonciation obligatoire de toutes les fausses-couches, l'excuse absolutoire c'est à dire que l'avortée qui dénoncerait l'avorteur ne serait pas poursuivie.

Les pays qui ont adopté pour des périodes plus ou moins longues des mesures analogues: Allemagne, Italie, URSS les ont abandonnées sans avoir obtenu des résultats bien satisfaisants.

Lorsque les lois sur l'avortement permettent des interventions légales pour des indications médico-sociales ou économiques: Pays-Scandinaves, U.R.S.S. (jusqu'en 1936), Japon (depuis 1948) les avortements clandestins sont restés nombreux: ainsi en URSS en 1935 les avortements clandestins représentaient selon les lieux de 29 à 46% des avortements officiels.

Ceci est également valable pour les pays scandinaves et d'autant plus surprenant que la propagande en faveur des procédés anti-conceptionnels y est libre.

On peut du reste se demander si la possibilité de recourir largement à l'avortement légal ne vient pas entraver la pratique des méthodes anti-conceptionnelles qui demandent au couple plus d'attention et de réflexion, répétées à chaque rapport sexuel, que la décision prise de faire interrompre l'éventuelle grossesse.

En France, il semble illusoire d'espérer une diminution des avortements criminels tant que ne seront pas réalisées :

- 1/- une éducation sexuelle simple mais précise avec en particulier des notions sur la fécondation et le développement de l'embryon faisant ainsi comprendre ce qu'il représente.
- 2/- une politique du logement cohérente: il est remarquable que les Pouvoirs Publics volontiers soucieux de favoriser la natalité n'aient pas envisagé les conditions souvent précaires de logement des couples jeunes, ou du moins n'aient pas tenté d'y remédier. La fréquence avec laquelle ce motif est avancé par les jeunes femmes qui se font avorter est démonstrative.
- 3/- dans quelle mesure la mise à la disposition du public de produits anti-conceptionnels simples efficaces et non-toxiques diminuerait-elle la fréquence de l'avortement criminel?

Dans quelle mesure de telles méthodes nuiraient-elles à la natalité ? Si les suggestions du Dr. LAGROUX WEILL-HALLE étaient retenues peut-être pourrait-on d'ici quelques années fournir une réponse valable à ces questions et partant définir la meilleure politique pour diminuer les avortements criminels.

Sinon les dossiers d'instruction, les curettages et la mort de jeunes mères de famille risquent d'être pour longtemps encore notre cauchemar.

LA LIMITATION DES NAISSANCES

I N T R O D U C T I O N

L'idée de limiter les naissances apparut sans doute le jour où la relation de cause à effet entre l'acte sexuel et la fonction génitrice fut généralement admise.

Cette étape que certaines peuplades primitives n'ont pas encore franchie, n'était pas suffisante en elle-même pour que, par le coût interrompu ou la chasteté, la limitation des naissances fût tentée, encore fallait-il que le mode de vie et l'organisation économique la rendisse nécessaire ou souhaitable.

Or pendant des siècles la mortalité périnatale et infantile décimait une descendance qui représentait pour la famille un "capital" de travail plus précieux encore lorsqu'à l'économie "nomade" succéda l'économie "agricole". Actuellement le gouvernement japonais rencontre dans les milieux ruraux une forte opposition à sa propagande anti-conceptionnelle, opposition qui trouve son explication dans ce facteur économique de fécondité maximum.

Le mode de vie artisanal se trouvera fort bien d'une natalité importante.

Au contraire, le désir de limiter les naissances s'exprimera lorsque les enfants, par leur nombre, entraîneront un appauvrissement marqué de la famille ou lorsque la femme devra participer au revenu familial par un travail salarié hors de son foyer, toutes conditions réunies depuis la Révolution industrielle de la fin du XVIII^e siècle.

La diminution de la mortalité infantile et l'augmentation de la durée moyenne de la vie depuis les dernières décades ont entraîné sinon un "déséquilibre démographique" du moins un nouvel équilibre chaque année modifié par la poussée démographique observée dans le monde entier.

Certes le problème de la limitation volontaire des naissances n'est pas défini par la seule approche économique et nous allons brièvement exposer les motifs qui conduisent aux pratiques anti-conceptionnelles.

Parfois, il s'agira d'éviter toute grossesse :

- soit pour des impératifs médicaux : affections maternelles graves (néphropathies, cardiopathies, affections neuro-psychiatriques),
- soit pour des préoccupations eugéniques: crainte de transmettre une affection familiale héréditaire,
- soit pour des motifs économiques: perte de l'emploi en cas de grossesse, expulsion d'un logement,
- soit pour des préoccupations sociales: rapports sexuels extra-conjugaux, ou dans la période pré-nuptiale,
- soit enfin pour des raisons proprement féminines: crainte des douleurs de l'accouchement, crainte d'un préjudice esthétique, crainte de l'abandon par le procréateur en cas de grossesse.

Le plus souvent il s'agira de limiter le nombre des enfants :

- soit par nécessité économique: adapter dans la mesure du possible le nombre des enfants aux revenus du couple. L'institution des allocations familiales répondait à cette préoccupation qui est certainement le frein le plus sûr à la fécondité maximum,
- soit par affectivité: appréciation variable d'un couple à l'autre, du nombre "idéal" d'enfants que devrait avoir la famille. Ce chiffre est le plus souvent estimé à 2 ou 3.
- soit pour des impératifs médicaux: espacement des grossesses chez une femme fatiguée, accidents foetaux antérieurs par incompatibilité Rh qui n'incitent pas à renouveler l'expérience.

LEGISLATION FRANÇAISE CONTRE LES MANOEUVRES ANTICONCEPTIONNELLES

Les articles 3 et 4 de la Loi du 31 Juillet 1920 punissent la description, la divulgation ou l'offre de révélation des procédés propres à prévenir la grossesse, indépendamment des résultats obtenus, même si les produits vantés n'ont aucune action contraceptive réelle.

Le 23 Février 1956 trois membres de l'Assemblée générale ont déposé un projet de loi visant à l'abrogation des articles 3 et 4 de la loi de 1920. Le 16 mars suivant huit autres députés déposèrent un projet de loi analogue.

L'exposé des motifs demande que l'on rende aux médecins la liberté de prescrire des objets anti-conceptionnels "quand leur conscience professionnelle leur dicte de réserver l'avenir en déconseillant à leurs consultantes une grossesse indésirable."

Il y est fait également allusion à une possible diminution des avortements grâce à ces mesures: "la diminution des naissances qui pourrait en résulter serait moins importante que la perte de vies humaines-femmes et enfants à venir- provoquée chaque année par ces avortements.

La loi proposée est ainsi libellée; "article unique: les articles 3 et 4 de la loi du 31 juillet 1920 sont abrogés."

PROBLEMES SOULEVES PAR LES MANOEUVRES ANTI-CONCEPTIONNELLES

Par le but même qu'elles recherchent elles vont soulever des problèmes moraux , par leur application et leurs différentes techniques elles créent des problèmes médicaux, enfin leur extension et leur efficacité, réelle ou supposée, vont poser aux pouvoirs publics de chaque Nation des problèmes démographiques résolus dans la mesure où ils y verront un facteur favorable ou défavorable à l'économie générale.

A/- PROBLEMES MORAUX :

Contrairement à l'avortement provoqué, les manoeuvres anti-conceptionnelles sont loin de faire contre elles l'unanimité des différentes religions, philosophies et idéologies car elles ne visent pas un être "animé" ou un être humain "potentiel", mais elles se placent au point de rencontre de la liberté de l'individu dans sa vie la plus intime, de la liberté du couple et de la famille, et d'autre part des interventions de la société au nom, soit de l'intérêt supérieur de la nation , soit d'une position morale à base religieuse ou philosophique.

Sont franchement hostiles aux manoeuvres anti-conceptionnelles: le marxisme ou du moins l'Etat soviétique malgré certaines tolérances initiales, le catholicisme ou du moins l'Eglise Catholique Romaine.

Sont indifférents ou favorables: les Eglises Protestantes, l'Islam, le Judaïsme, le Bouddhisme.

a/- La position marxiste :

Rappelons d'abord l'hostilité de Marx et de Engels à Malthus, à ses théories économiques, à sa position religieuse, à sa classe sociale et le fait que pour les deux théoriciens du marxisme la chasteté apparaissait tout à fait insuffisante pour résoudre les problèmes sociaux et économiques engendrés par la révolution industrielle du début du XIX^e siècle.

Dès 1913 Lénine avait fustigé le malthusianisme dans plusieurs articles publiés dans la "Pravda".

Jusqu'en 1936, le gouvernement soviétique avait laissé libre cours à la propagande et à l'action anti-conceptionnelle, pour des raisons d'opportunité.

Mais le point de vue marxiste restait identique: dans un pays socialiste l'organisation est telle que les fonctions domestiques de la femme et sa fonction naturelle, c'est à dire la maternité, cessent d'être en conflit avec ses obligations sociales et n'empêchent plus un travail productif au profit de la société, sa véritable émancipation étant d'ailleurs à ce prix.

La Loi de 1936 avec ses dispositions en faveur de la famille est ainsi replacée dans son contexte idéologique.

b/- La position catholique :

Nous allons l'illustrer par les paroles mêmes du Pape Pie XII telles qu'elles sont rapportées par le R.P. de LESTAPIS , S.J.

Tout d'abord dans une allocution faite aux sage-femmes le 29.X.1951:

" La nature met à la disposition de l'homme tout l'enchaînement des causes qui seront la source d'une nouvelle vie humaine.

Après que l'homme a accompli son rôle et mis en mouvement la merveilleuse évolution de la vie son devoir est d'en respecter religieusement la progression , devoir qui lui défend d'arrêter l'oeuvre de la nature ou d'en empêcher le développement naturel.

Tout attentat des époux dans l'accomplissement de l'acte conjugal ou dans le développement de ses conséquences naturelles, attentat ayant pour but de le priver de l'énergie qui lui est inhérente et d'empêcher la procréation d'une nouvelle existence est immoral et qu'aucune indication ou nécessité ne peut transformer une action intrinsèquement immorale en un acte moral et licite".

Ensuite dans une allocution faite au Front de la Famille le 28.XI.1951:

" D'autre part, l'Eglise sait considérer avec sympathie et compréhension les réelles difficultés de la vie matrimoniale à notre époque.

Aussi dans notre dernière allocution sur la morale conjugale avons-nous affirmé la légitimité et en même temps les limites bien larges en vérité d'une "régulation" des naissances laquelle contrairement à ce qu'on nomme "contrôle des naissances" (au sens de limitation des naissances par un acte interrompu ou un procédé anti-conceptionnel) est compatible avec la loi de Dieu".

On peut même espérer, mais en cette matière l'Eglise laisse naturellement l'appréciation à la science médicale que celle-ci réussira à donner à cette méthode licite une base suffisamment sûre et les plus récentes informations semblent confirmer une telle espérance".

Cette thèse est reprise dans la communication des Docteurs GRENET, JIMIN, TREMOLIERES et le R.P. RIQUET au Congrès International des Médecins catholiques tenu à Dublin en 1954 :

" La méthode Ogino est la seule moralement acceptable et elle n'est pas toujours sûre.

Il faudrait limiter les relations conjugales aux 5 jours qui précèdent les règles à l'exclusion de tous les autres. On éviterait ainsi la grossesse avec une quasi certitude.

Problème moral : certains repoussent toute limitation des naissances ce qui au fond est parfaitement ridicule.

Dans le cadre de la loi morale l'homme peut et doit réfléchir aux conditions économiques dans lesquelles se développent sa vie.

D'ailleurs la Bible nous donne des règles de conduite sexuelle et encourage la chasteté. L'instinct sexuel n'est pas quelque chose qu'il est souhaitable d'assouvir n'importe quand et n'importe comment.

Le problème est seulement de déterminer la moralité de la fin et des moyens ... Est aussi interdit "tout ce qui tend à falsifier la nature pour en tirer une stérile volupté en détournant l'acte sexuel de sa destination."

Nous pouvons rapprocher du point de vue catholique l'attitude de Gandhi qui était opposé aux méthodes anti-conceptionnelles et pour qui la chasteté seule pouvait être utilisée comme moyen de limitation des naissances.

Les dirigeants actuels de l'Inde cherchent une méthode plus efficace qui serait à même d'endiguer la poussée démographique de ce pays.

c/- La position protestante:

Elle est exprimée par M. Jacques ELLUL dans un article intitulé "Position des Eglises Protestantes à l'égard de la Famille":

" En ce qui concerne le contrôle des naissances on se refuse tout d'abord à faire une distinction entre les moyens (chasteté, périodes stériles de la femme, moyens chimiques ou mécaniques).

L'on tient généralement que le problème est celui de la décision et non celui des moyens.

On ne retient absolument pas la supériorité du second (périodes stériles) parce qu'il est "naturel". Quant à la décision, l'on estime qu'elle doit être laissée à la liberté individuelle.... Il (le chrétien) doit donc prendre la responsabilité de son acte devant Dieu, décidant dans la Foi .

Ce que l'on ne peut faire qu'avec mauvaise conscience doit être résolument écarté. Et cette décision doit être renouvelée chaque fois, elle ne doit pas être une habitude, elle ne doit pas être prise une fois pour toutes, évitant la responsabilité.

La seconde règle est la décision doit être prise en commun entre le mari et la femme; jamais il ne doit s'agir d'une obligation ou d'une contrainte par l'un des deux , ou d'une surprise. Leur décision

communé doit être une expression de leur communauté de vie, de pensée, de volonté.

Mais ce choix, doit en définitive être exprimé par le mari... Il reste là aussi le chef de la femme et celui qui porte le premier la responsabilité de la vie du couple."

Le chanoine Hughes WARNER, secrétaire du "Welfare Moral Council" distingue dans l'acte sexuel deux notions: l'union de l'homme et de la femme d'une part et la procréation d'autre part :

" On voit maintenant que l'union sexuelle a deux objets évidents: la communion et la procréation... Le fait que l'union sexuelle entre êtres humains soit possible en ces occasions (après la ménopause, pendant la grossesse, etc...) alors que les animaux sont limités à des périodes de rut, suggère en lui-même que Dieu attribue à cette union d'autres fins que la procréation....

Tous les milieux théologiques traditionalistes admettent aujourd'hui cette vérité quand ils autorisent les époux à faire usage de "la période non féconde" en vue de limiter les naissances, méthode que Thomas d'Aquin jugeait cependant immorale."

d/- La position du Judaïsme :

Selon GORDIS, la contraception peut se justifier dans de nombreux cas :

" La femme mariée trop jeune, santé de la mère en danger, quand elle ne peut être soumise à une épreuve extrême ou quand la santé d'un enfant né ou à naître peut être menacée. Le judaïsme ne voit pas plus d'objection à se priver d'enfant par la continence qu'en utilisant des moyens mécaniques ou chimiques. Il insiste sur le fait que la religion juive considère que l'un des buts du mariage est la vie du couple et que en somme la vie sexuelle est nécessaire non seulement à la propagation de l'espèce mais à l'accroissement du bonheur individuel."

e/- La position de l'Islam :

Il n'existe pas dans la religion islamique de prévention morale contre les manoeuvres anti-conceptionnelles.

Pour preuve l'affirmation en 1937 par le Grand Muphti d'Egypte :

" Il est permis soit à l'homme soit à la femme de prendre toute mesure pour empêcher le sperme d'entrer dans l'utérus afin de prévenir la conception".

Paroles citées par A. STONE.

f/- La position du bouddhisme :

Dans un article publié par "Population" sur les manoeuvres anti-conceptionnelles au Japon, M. Jean ROBIN écrit :

" L'Eglise Catholique y est opposée et se réclame d'un précédent de St Francois Xavier évêque du Japon au XVI^e siècle qui s'élevait déjà contre le contrôle des naissances et doit servir d'exemple aujourd'hui; le Vatican stigmatise les méthodes contraceptives et recommande l'émigration.

Mais les catholiques sont peu nombreux (1%) et la position de l'Eglise est surtout intéressante pour juger de son intransigeance aux principes devant un problème de surpeuplement manifeste où son attitude est singulièrement impraticable et dangereuse.

La position de l'Eglise Bouddhiste est beaucoup plus nuancée, elle l'accepte car rien dans sa métaphysique ne s'y oppose formellement, mais il n'y a que des cas d'espèce et chaque individu peut et doit savoir quel est son "dharma" et par conséquent sa règle d'action.

On constate donc une souplesse infiniment plus adaptable au réel du Bouddhisme."

B/- PROBLEMES MEDICAUX :

1/- Ethique médicale :

Louis PORTES, dans son livre précisément intitulé "A la recherche d'une Ethique Médicale" ne cachait pas son point de vue hostile à la contraception:

" L'embryotomie sur l'enfant vivant et l'avortement thérapeutique qui ne sont en fait que deux aspects différents d'un même meurtre représentent les deux infractions les plus évidentes au principe que j'ai précédemment exposé (le respect presque religieux que nous portons à l'oeuf humain).

Mais à coté d'elles, nous pourrions en viter d'autres qui pour être moins formelles n'en procèdent pas moins du même mépris de la vie foetale. Je fais allusion ici à toutes les attitudes anti-conceptionnelles qui paraissent dériver plus ou moins du malthusianisme mais qui sont en vérité vieilles comme l'égoïsme dans la morale".

La position du Pr. Pinard était beaucoup plus nuancée:

" L'idée presque mystique qui a cet égard dirige Pinard, ajoute PORTES, est que la procréation en tant qu'acte sacré ou en tant qu'acte le plus noble de la vie doit cesser d'être livré au hasard pour devenir un acte réfléchi qui ne saurait être consenti par les parents que quand ils se savent moralement et physiquement sains; et cela pour éviter que leur descendance pitoyable ne porte en elle des germes de dégénérescence de maladie ou de mort".

" Il faut civiliser l'instinct de reproduction"

disait encore Pinard.

Le Code de Déontologie de 1947 ne contient aucun article faisant objection à la pratique, à l'enseignement et à la divulgation de la contraception.

2°/- Les troubles consécutifs à l'usage des procédés anti-conceptionnels :

Bien étudiés par BARBE dans sa thèse en 1937, ils sont à vrai dire assez banaux.

Ces troubles sont évidemment fonction de la ou des techniques utilisées par la femme ou par le couple.

Seul le "Stérilet" par sa tige métallique de fixation intra-utérine est susceptible de provoquer des lésions graves. Il n'est utilisé que très rarement et dans les seuls pays germaniques.

Les troubles imputés à la contraception peuvent être présentés sous 3 rubriques :

1/- localement :

vaginites, leucorrhée, prurit vulvaire, eczéma, dysurie.

Les "protecteurs " placés au fond du vagin peuvent provoquer des exocervites et contrariant l'issue des sécrétions utérines ils peuvent provoquer des "métrites", parfois des annexites.

En fait ces "protecteurs" vaginaux ne doivent pas être laissés en place plus de quelques heures et il semble alors bien difficile de leur imputer les troubles ci-dessus énumérés.

2/- Sur l'état général :

BILLIARD DUCHENE cite : " nausées, ballonnements, digestions lentes, palpitations, bouffées de chaleur, sueurs, douleurs diffuses, vertiges, sensation de flottement des jambes".

Il n'y a rien là qui ne soit le tout venant de la "pathologie" féminine... ou masculine quotidienne.

- 3/- Par contre au point de vue psychologique on a pu reprocher aux procédés anti-conceptionnels de provoquer le "syndrome des fraudeuses" qui se caractériserait par :

" Aspect morbide, maigreur, regard trop vif yeux cernés, visage pâle avec au point de vue caractériel : pessimisme avec irritabilité, colère, inquiétude, tristesce" (BILLIARD DUCHENE)

On a également parlé de "pseudo-frigidité".

C'est nous semble-t-il le coït interrompu qui, sur des femmes prédisposées, pourrait être éventuellement à l'origine de tels troubles.

En effet l'absence d'orgasme par un coït normal, l'orgasme obtenu par la seule stimulation clitoridienne étant loin d'en tenir compte, peut à la longue provoquer une insatisfaction préjudiciable.

D'usage très répandu, le coït interrompu est donc une méthode qui n'est pas sans inconvénient mais la crainte permanente d'une éventuelle grossesse n'est pas non plus sans retenir sur la satisfaction de la libido et provoquer à la longue elle aussi une pseudo-frigidité.

Du fait de l'interruption du coït il n'y a pas de résorption vaginale des produits spermatiques, ce qui, pour beaucoup d'auteurs, ne manque pas de retentir sur l'équilibre général de la femme.

- 4/- Bien hypothétique paraît l'influence des procédés anticonceptionnels sur :

a/- l'apparition de tumeurs génitales (J.E. MARCEL)

b/- le déroulement d'une éventuelle grossesse: fréquence des avortements spontanés et des grossesses extra-utérines (J.E. MARCEL)

c/- L' éventuelle "descendance"; pour BILLIARD-DUCHENE :

" Les contraceptifs peuvent avoir la plus fâcheuse influence sur l'enfant si la conception a lieu malgré leur emploi.

L'altération des spermatozoïde qui s'ensuit, peut aboutir à la naissance d'enfants malingres, d'enfants difformes ou même de monstres".

Cette affirmation a priori n'est malheureusement pas suivie de références à des observations publiées dans la littérature médicale.

5/-Beaucoup plus sérieuse est l'objection formulée par J. VINCENT après l'enquête de KYSER à Indianapolis (U.S.A.) en 1950 auprès de couples pratiquant sérieusement la contraception .

Il y aurait une baisse de fécondité lorsque la contraception est volontairement abandonnée.

Une stérilité involontaire succèderait-elle donc à une stérilité volontaire ?

C/- PROBLEMES SOCIAUX ET DEMOGRAPHIQUES :

Le "manque à gagner" démographique que risquent d'entraîner la vulgarisation et l'efficacité des méthodes anti-conceptionnelles ne peut laisser indifférents les Pouvoirs Publics dans la mesure où une forte natalité paraîtra souhaitable.

La Loi de 1920, après les énormes pertes humaines de la première guerre mondiale, répondait à ce souci.

En fait, il faudra attendre l'institution de mesures sociales en faveur de la famille pour que se relève la natalité, c'est à dire vingt ans plus tard.

La France suit de 1918 à 1924 la courbe de natalité décroissante commune à de nombreux pays européens ou non, quelles que soient leurs législations en matière d'avortement et de contraception, leurs lois sociales, leurs religions ou philosophies dominantes.

Si la natalité française s'est redressée, la crainte d'une nouvelle dépression démographique reste l'un des arguments les plus souvent avancés par les auteurs hostiles à toute modification de la loi de 1920 tandis que les "réformistes" minimisent l'ampleur éventuelle de cette conséquence.

Il est bien difficile de formuler des hypothèses et des prévisions en matière de démographie.

L'étude comparative de la natalité de nations étrangères les unes disposant de grandes libertés dans le domaine du "Pirth Control", les autres ayant une législation analogue à la loi française fait toutefois apparaître des situations paradoxales :

1/- En ITALIE, par exemple, où les lois anti-conceptionnelles sont très rigoureuses et où la morale catholique est très influente, le taux de natalité diminue régulièrement depuis près de 40 ans; il est tombé de 30‰ en 1920 à 18‰ en 1953 (cette année là le taux de natalité en France était de 19‰).

2/- Aux ETATS UNIS, où la contraception est tolérée dans la plupart des Etats, où la morale prédominante est protestante, où n'existe aucune législation en faveur de la famille, la natalité est particulièrement forte depuis 1946 et progresse d'années en années: 20,7 ‰ en 1945, 25,3 ‰ en 1948 et 26‰ en 1957.

Or c'est à partir de la période 1946-1947 que la natalité a commencé de décroître en Suisse et dans les pays scandinaves dont les lois en matière de contraception et le "standing" de vie sont comparables ce qui existe aux Etats-Unis.

D'autres exemples ne feraient que confirmer notre opinion, à savoir que les variations de la natalité d'un pays ne peuvent être rattachées directement et sans nuance à telle loi répressive ou à telle disposition "libérale" en matière d'avortement ou de contraception, à des mesures sociales pronatalistes ou non, à un niveau de vie élevé ou médiocre.

La natalité est probablement la résultante de ces différents facteurs, mais dans quelle mesure pour chacun en ce qui la concerne ?

Un facteur à la fois social et biologique a été bien mis en évidence par le démographe Paul VINCENT; La Nuptialité :

" L'incidence de l'espacement des naissances sur la stérilité physiologique des populations est négligeable avec une mortalité faible et une nuptialité précoce ... à condition toutefois que les procédés anticonceptionnels mis en oeuvre ne soient pas nocifs."

La stérilité de la fraction mariée d'une population dépend très fortement de sa nuptialité: plus celle-ci est tardive et plus la stérilité moyenne des ménages de cette population est considérable.

RAPPEL DES DIFFERENTES TECHNIQUES ANTI-CONCEPTIONNELLES

Dans les pays anglo-saxons et germaniques les cliniques de Birth-Control recommandent soit le "Racial" qui est une coiffe de caoutchouc en forme de dé à coudre recouvrant le col de l'utérus, soit le "Diaphram" en caoutchouc, plus grand que le précédent, obturant toute la partie supérieure du vagin en se fixant comme un pessaire.

Ces "préservatifs" ne doivent pas être laissés en place plus de 24 heures. Il est recommandé de les utiliser en association avec une pommade spermicide.

En France, quel que soit le milieu social, les méthodes les plus utilisées sont :

- le coït interrompu, la toilette vaginale post-coïtum, le préservatif masculin vendu comme anti-vénérien et acheté comme anti-conceptionnel.

La méthode d'OGINO-KNAUS ou méthode de la température, est moins utilisée car elle impose la chasteté pendant une période souvent difficile à déterminer et quelques fois variable d'un cycle à l'autre.

Rappelons que c'est la seule méthode moralement licite pour l'Eglise Catholique.

Les désagréments des premières méthodes et les incertitudes de la seconde ont conduit à rechercher d'autres techniques.

Quelles conditions doivent remplir les produits anti-conceptionnels ?

- 1/- Produit peu coûteux,
- 2/- administré sous une forme pratique,
- 3/- capable de provoquer une stérilité temporaire du couple,
- 4/- sans toxicité pour l'organisme
- 5/- être efficace,
- 6/- permettant la restauration de la fécondité dès qu'on en suspend l'usage.

Actuellement les recherches s'orientent vers trois directions :

I/- Les produits d'origine végétale ou chimique :

a/- La 4 métaxylo-hydroquinone :

C'est une anti-vitamine E. Son effet stérilisant est dû à son action antagoniste sur les effets périphériques de la progestérone qui est convertie en prégnañdiol. Elle est sans toxicité, sans action abortive.

La stérilisation n'est pas permanente: le fait même que des femmes deviennent enceintes pendant le traitement le prouve .

La restauration de la fécondité est très rapide . Aucune anomalie foetale n'a été observée.

Efficacité : (chiffres rapportés par J. SUTTER):
de 50 à 83. %.

b/- La méta-diéthylhydroquinone :

Encore à l'étude, ce produit serait à la fois anti-œstrogène et anti-progestogène et pourrait être donné immédiatement après les règles.

c/- Le Gremil :

Extrait du lithospermum rudérale empêcherait par une action hormonale la maturation ovulaire.

d/- L'Hespéridine :

Découverte en 1947-48 par BEILER et MARTIN elle empêchait in vivo et in vitro la fécondation. La fertilité et la fécondité reprenaient à l'arrêt du traitement. Mais les expériences reprises par d'autres auteurs n'ont pas confirmé les premiers résultats.

2/- Les Hormones, les Anti-corps :

a/- La Progestérone et les corps voisins :

G. PINCUS et ses collaborateurs prescrivent 300 mg par jour de progestérone du 5° au 20° jour du cycle. La menstruation est suspendue dans 18% des cas, mais l'ovulation est toujours supprimée comme ont pu le prouver les auteurs par des laparotomies.

Une prompte restauration de l'ovulation et un cycle de durée normale suit l'arrêt du traitement.

Quatre grossesses ont eu lieu parmi 44 cycles suivis après l'abandon du traitement.

b/- La 17-a-méthyl-progestérone:

Inefficace par voie buccale mais très active par voie parentérale.

<u>La 19-nor-éthiny1-testérone</u>	) encore plus efficace que la progestérone par l'une ou l'autre voie.
<u>La 17-éthiny1-estraenolone</u>	

c/- Récemment PINCUS et John ROCK ont publié des résultats sur l'étude de 4 nouveaux produits

- La 17-éthiny1-nor-testérone,
- la 17-éthiny1-estraenolone,
- la 17-éthiny1-nortestostérone,
- la 17-méthyl-nortestostérone.

Les deux premiers corps sont les plus puissants inhibiteurs de l'ovulation. A l'arrêt du traitement la grossesse est à nouveau possible.

d/- Les anticorps :

Les premières recherches remontent à 1926 1930. NIDITSH avait obtenu en 1928 la stérilisation temporaire de 26 fermes en leur injectant 2 fois par semaine pendant 5 semaines une quantité assez importante de sperme de taureaux. La stérilisation avait été effective de 2 à 12 mois.

Mais PARKES qui avait renouvelé une expérimentation analogue n'a pu reproduire des résultats valables.

3/- Les anti-métabolites :

Chimiquement ils se définissent comme des corps azotés dérivés des purines ou des pyrimidines.

Les principaux sont :

- la Mercaptopurine,
- la Thioguanine,
- la Chloropurine,
- l'acide 4-amino-ptéroyl-glutamique,
- la di-amino-purine,
- l'asa sérine.

Leur mode d'action : en 1948 THIERSCH et PHILIP ont découvert que certaines aminopurines détruisaient les embryons de souris et de rats sans provoquer de troubles à l'organisme maternel, aux doses nécessaires pour obtenir l'avortement.

La gravidité est toujours possible ultérieurement.

L'acide 4-amino-ptéroyl-glutamique a été utilisé à plusieurs reprises chez des femmes enceintes pour qui existaient des indications d'avortement thérapeutique.

Dix fois sur douze l'avortement survint de 18 à 20 jours après la prise du produit sans qu'aucune intervention chirurgicale fut nécessaire.

Dans trois cas on a observé des anomalies foetales: un bec de lièvre avec fissure palatine, une hydrocéphalie avec méningocèle, une hydrocéphalie.

Ces produits n'agissent que si l'implantation a eu lieu.

Ils n'ont aucune toxicité sur l'organisme maternel et n'hypothèquent pas l'avenir au point de vue fécondité. Il semble que leur activité s'atténue avec l'âge de la grossesse : six échecs sur douze cas de femmes tuberculeuses enceintes de 4-5 mois.

Ces anti-métabolites paraissent néanmoins très intéressants mais ils débordent le cadre de la limitation des naissances du fait de leur action abortive et de leur inefficacité sur l'ovulation ou la fécondation.

PRESENTATION DU DEBAT SUR L'OPPORTUNITE D'ABROGER LA LOI DE 1920

Les aspects moraux, médicaux, sociaux et démographiques que nous avons exposés vont, par les arguments qu'ils offrent, alimenter la polémique entre les auteurs partisans d'une modification de la loi répressive du 31 juillet 1920 et ceux qui préfèrent le statu-quo.

Le Dr. Lagroua WEILL-HALLE, le Pr. RIVIERE et TRISSAC, BILLIARD DUCHENE, DUMEE, DUBOIS ont publié des articles contradictoires, et le débat ayant été porté sur la place publique (DEROGY), l'Institut National d'Etudes Démographiques publia une mise au point en 1956 (POPULATION) tandis qu'une enquête sur l'opinion publique à l'égard de la limitation des naissances était effectuée la même année.

Les partisans de l'abrogation de la loi présentent trois arguments majeurs :

- 1/- l'"officialisation" de la limitation des naissances permettra de diminuer le nombre des avortements provoqués.
- 2/- la possibilité de limiter les naissances ou du moins de les espacer contribuera au mieux être de la femme et au bonheur de la famille.
- 3/- une telle liberté n'aura pas de répercussion importante sur la natalité en France,
- 4/- une méthode efficace librement prescrite par un médecin évitera la survenue d'une grossesse que l'état de santé de la femme rendrait indésirable.

Ces arguments vont être vigoureusement combattus par les partisans de la loi actuelle.

Le débat sera plus passionné que scientifique car les arguments et les réfutations manquent de faits contrôlables.

Pour RIVIERE et TRISSAC qui prennent la défense de la loi de 1920 :

I/- Le Birth-Control ne fera pas diminuer le nombre des avortements provoqués.

Ces auteurs estiment avec raison que pour apprécier leur éventuelle diminution, il faudrait au moins connaître leur nombre toutefois les mêmes auteurs, négligeant à leur tour cette incertitude affirment que le Birth-Control augmentera les avortements provoqués .

2/- Le Birth-Control ne fait pas le bonheur de la famille.

Il y aurait davantage de divorces dans les pays où la contraception est libre.

Encore faudrait-il que RIVIERE et TRISSAC précisassent si dans ces pays les divorces sont plus fréquents chez les couples pratiquant le Birth-Control de façon habituelle que chez les autres couples;

"Le Birth-control avilit la femme..." à l'exception de la contraception naturelle d'Ogino, à condition encore qu'elle soit justifiée, nous estimons que toutes les autres, directement ou indirectement, nous ravalent au niveau de la bête, attendant qu'elles soient du même coup employées pour la sélection eugénique de notre race comme pour les moutons ou pour les porcs" (Pr. RIVIERE et TRISSAC).

Ces auteurs craignent également que le birth-control entraîne une émancipation dangereuse de la jeunesse.

C'est aussi ce qu'exprime DOUAY: "avant le mariage chez la jeune fille la crainte de la maternité est un frein pour empêcher le rapprochement sexuel c'est là un gardien de la moralité. La suppression de cette crainte ne peut que favoriser le libertinage".

Remarquons que :

- a/- l'utilisation de procédés de limitation des naissances est bien loin du comportement de "la bête" qui ne connaît d'autre frein à son activité sexuelle que le terme spontané de la période du rut.
- b/- l'"émancipation dangereuse de la jeunesse" reste à définir par les auteurs.
- c/- si la crainte de la grossesse peut être le début de la "sagesse" elle ne constitue en elle-même une preuve de moralité.

Mieux étudiées sont les réserves et les objections formulées par les démographes qui craignent deux effets possibles à une liberté de la contraception :

1/- Une diminution sensible des naissances non désirées:

Comme l'écrit P. VINCENT:

" dans l'état actuel de notre société ... l'équilibre démographique lorsqu'il est réalisé ne peut être que précaire car il repose essentiellement sur l'existence de familles nombreuses pour la plupart involontaires".

La liberté de contraception risquerait donc de diminuer ces familles nombreuses "malgré elles".

Mais le problème n'est pas si simple car le nombre d'enfants "idéal" peut être dépassé soit par une nouvelle "estimation" soit par un souci de répartition par sexe des enfants. C'est pourquoi "il y a plus de familles nombreuses ou même, moyennes que l'opinion le juge souhaitable même dans les pays où la vente des contraceptifs et la propagande sont libres" (Mise au point de l'INED)

2/- La modification possible des désirs de la population :

Depuis la fin de la Seconde guerre mondiale, il existe en France un état d'esprit favorable à une natalité forte, et les démographes craignent qu'une abrogation de la loi de 1920 modifie cette tendance.

Ce n'est donc pas sans réserve que les démographes envisagent une éventuelle modification de la Loi de 1920.

Sans négliger les répercussions possibles sur la natalité, de nombreux auteurs, pourvu que leurs convictions morales ne s'y opposent pas, souhaiteraient un assouplissement de la loi française.

C'est ainsi que DOUZY propose :

" Une modification de la loi de 1920 pour permettre d'étudier les moyens contraceptifs et pour admettre la vente chez les pharmaciens de ces produits et appareils: cette vente ne doit pas être libre mais sur ordonnance médicale.

Toute réclame de ces produits contraceptionnels doit être formellement prohibée aussi bien dans les pharmacies que dans la presse. Il ne faut pas vulgariser ces méthodes mais les accepter".

D'autres auteurs, tel DUBOIS-DUCHENE, malgré une hostilité personnelle à la limitation des naissances souhaitent la création de "Centres gynécologiques d'aide aux ménages".

Au cours de leur enquête d'opinion publique, GIRARD et SAMUEL ont posé la question suivante:

" Approuveriez-vous ou désapprouveriez-vous la création de dispensaires spécialisés où les femmes pourraient être renseignées sur tous les moyens à employer pour éviter la grossesse".

Les réponses favorables et défavorables s'équilibraient :

- Pour : hommes 44% femmes 46%
- Contre: hommes 44% femmes 42%
- Ne savent pas : Hommes 12% femmes 12%

Mais à la question:

" Et si les médecins étaient autorisés dans les maternités où les consultations de nourrissons à donner des renseignements sur ces moyens, approuveriez vous ou désapprouveriez-vous ?,

les réponses furent bien plus favorables :

- Pour : Hommes 53% femmes 57%
- Contre: Hommes 37% femmes 33%
- Ne savent pas : Hommes 10% Femmes 10%

Il semble donc que le prestige du médecin, le fait qu'il est lié au secret professionnel , le caractère confidentiel ou discret que prendrait son intervention expliquent cette différence d'attitude (GIRARD et SAMUEL).

Il y a quelques mois, le Dr. Lagroua WEILL-HILLE publiait un "Projet d'expérimentation des méthodes de contraception et de leurs conséquences dans un service de l'Assistance Publique".

Création d'une première "station-pilote" à la Clinique Gynécologique ou dans une Maternité.

La consultation fonctionnerait en deux temps :

1° temps : consultation de psycho-somatique où seront appréciées pour chaque femme les indications ou les contre-indications de la contraception.

2° temps : les femmes munies d'un avis d'indication de contraception auront le droit de se présenter à la consultation pour y recevoir les conseils appropriés.

Les contraceptifs pourront être obtenus dans un pays voisin pour expérimentation.

LEGISLATIONS ETRANGERES EN MATIERE DE MANOEUVRES ANTI-CONCEPTIONNELLES

Nous pouvons distinguer trois groupes de nations :

Le 1^o groupe représenté par l'Italie, l'Espagne, le Portugal, l'Irlande (Eire), la Belgique, se caractérise par une législation très sévère analogue à celle de la France qui a pour effet d'éliminer toute propagande active ou toute organisation rationnelle de contraception.

Ce 1^o groupe est constitué de nations très influencées par la morale catholique.

Le 2^o groupe représenté par les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, l'Allemagne, la Suisse, les Pays-Bas, les pays Scandinaves, se caractérise par des législations variables selon les nations mais laissant toujours une liberté totale ou partielle en cette matière.

Le 3^o groupe ne comprend que l'Inde et le Japon qui voient dans les manoeuvres anti-conceptionnelles une des meilleures solutions à leurs préoccupations démographiques et ont adopté en conséquence leurs législations.

Nous avons volontairement mis à part les nations sous influence marxiste car leur législation varie suivant les circonstances économiques et politiques avec cependant une répulsion fondamentale pour le "malthusianisme".

La législation française a été exposée précédemment, la loi Belge date du 23 juin 1923 et elle interdit toute diffusion des manoeuvres anti-conceptionnelles.

En Irlande la loi interdit sous peine d'amende (jusqu'à 50.000 F.) ou de prison (6 mois) ou des deux, toute impression, publication, exposition, étalage ou distribution de tout livre ou périodique recommandant la prévention artificielle de la conception ainsi que le transport et la distribution par poste de ces mêmes publications.

En Italie une proposition d'abrogation de la loi réprimant la propagande anti-conceptionnelle, section 553 du Code Pénal, déposée par MM PETI et LENNANI, Députés, le 24 septembre 1952 n'a pas encore été adoptée par la Chambre des Députés italiens.

Aux Etats-Unis, il existe de grandes différences de législation d'un Etat à l'autre. Ici toute propagande en ce sens est interdite, ailleurs totale liberté d'action. Parmi les Etats les plus sévères citons le Connecticut et le Massachusetts.

Dans d'autres états on fait une distinction entre les procédés anti-conceptionnels selon qu'ils sont prescrits ou non par un médecin.

Par exemple, en Californie la propagande anti-conceptionnelle est interdite mais la vente et l'usage des contraceptifs est autorisée sur prescription médicale; dans l'Etat de New-York les contraceptifs prescrits par des médecins sont autorisés.

La loi fédérale, connue sous le nom de loi Comstock et votée en 1873, vise à la fois la littérature pornographique et la vente des objets d'un "usage immoral".

Mais à la suite d'un procès, la Cour d'Appel de Seconde Instance, en 1930, reconnaît que la loi vise les contraceptifs illégaux et non ceux à "usages médicaux", du reste, il n'est que de feuilleter les pages publicitaires de l'American Journal of Obstetrics and gynecology.

En Grande-Bretagne, il n'existe pas de législation s'opposant à la propagande en faveur des manoeuvres anti-conceptionnelles ou à leur usage, bien plus, en 1949 la conférence Royale sur la Population dans son rapport final encourageait l'extension du mouvement de la "parenté dirigée" et considérait comme un devoir du Service National d'Hygiène de fournir des conseils à ce sujet. De fait sur 201 bureaux d'hygiène 20 seulement se refusent à donner des conseils de contraception.

En Allemagne Occidentale quelques Etats ont encore laissé en vigueur l'Ordonnance de Himmler (1941) interdisant la fabrication, la vente ou la publicité d'articles anti-conceptionnels.

Mais, par la loi sur le réajustement du Code Pénal dans les différentes régions, la section 219 sera réintroduite dans sa forme d'avant le national-socialisme, de telle sorte que seuls les articles capables de provoquer un avortement seront interdits.

Déjà quelques Cours Suprêmes ont refusé d'imposer les peines prévues par l'ordonnance de 1941.

Quelques groupes politiques essayèrent de faire accepter, en liaison avec la lutte anti-vénérienne, une clause qui restreindrait la vente des articles contraceptifs sur prescription médicale. Le Bundestag rejeta cette proposition le 12 Juin 1952, en conséquence ces articles peuvent être désormais l'objet de publicité et de vente si cela est fait de "façon non provoquante".

La loi fédérale Suisse ne contient pas de disposition contre l'enseignement et la pratique des méthodes anti-conceptionnelles. Mais chaque canton de la Confédération Helvétique a adopté une législation particulière parfois très sévère, dans les cantons catholiques, ailleurs très libérale: cantons de Bâle, de Zurich, de Genève, de Glaris, de Vaud.

Aux Pays-Bas, la loi interdit de préconiser "publiquement" la contraception ou de faire de la publicité anti-conceptionnelle, mais ce fut en Hollande que fonctionna la première "clinique" de "birth control".

Il n'existe aucune interdiction légale ou religieuse aux Indes bien que l'enseignement de Gandhi, hostile à la contraception, qui proposait l'abstinence comme seule méthode de limitation des naissances ait une large audience.

La haute société indienne très influencée par le mode de vie britannique pratique depuis longtemps la contraception. Cette méthode a été reconnue d'importance vitale pour le pays et le Pandit Nehru l'affirma solennellement en Avril 1951 au point qu'il demanda à l'O.M.S. d'envoyer un médecin-conseil et deux sociologues aux Indes pour établir un projet sur les méthodes les mieux adaptables à l'Inde.

Au Japon depuis 1922 un vif intérêt pour le "birth control" se manifesta.

Le Gouvernement permit des recherches dans ce sens, interdisant cependant toute propagande auprès du public.

En 1927, un document officiel prévoyait la diffusion de ces méthodes pour tenter d'enrayer la surnatalité, mais les vicissitudes de la vie politique japonaise (arrivée au pouvoir de l'armée) remirent à vingt ans plus tard les premiers pas de la contraception.

En 1947, M. Yoshida, ancien premier ministre donna le départ d'une propagande officielle intense pour diffuser les méthodes anti-conceptionnelles. Un Institut de contraception fût créé, une Ligue pour favoriser le contrôle et la planification des familles se constitua afin d'appuyer l'action gouvernementale.

En U.R.S.S. la question des manoeuvres anti-conceptionnelles rappelle celle des avortements que nous avons précédemment exposée.

L'enseignement du "birth control" a reçu en 1923 un encouragement officiel, une liste des moyens anti-conceptionnels a été largement diffusée à Moscou dans les cercles médicaux et dans ceux s'occupant des questions sociales ou familiales.

En 1925 une résolution fut votée en faveur du "birth control". C'est à partir de ce moment que s'ouvrirent un peu partout des cliniques de diffusion, les ouvriers et les paysans sont invités à limiter leur famille "à un nombre convenable": trois ou quatre enfants sont préconisés comme la dimension idéale de la famille.

Mais depuis cette époque : politique familiale à tendance populationiste.

Les auteurs français qui se sont penchés sur l'évolution soviétique en matière d'avortement n'ont pas manqué, à juste titre, de citer les rapports des gynécologues russes s'inquiétant des conséquences pathologiques des interventions pratiquées dans ces "avortoirs"; ces auteurs, tels ROY et DELTEIL ont rattaché la nouvelle loi de 1936 aux conséquences sérieuses de l'avortement libre.

Il nous semble que c'est envisager un seul aspect de la question que de la résoudre si simplement .

On voit mal pourquoi les dirigeants soviétiques ont dans la même loi pris des dispositions aussi sévères contre le divorce et ont "découvert" les allocations familiales tandis que le mouvement anti-conceptionnel était mis très "en veilleuse" si ce n'est pour mettre en marche une politique entièrement nouvelle en matière de famille et de population.

C'est à cette époque que les dirigeants soviétiques virent dans la famille de type "classique" l'agent le meilleur marché et le plus efficace pour l'éducation et pour la formation des jeunes soviétiques, leur éducation politique dût-elle en souffrir.

VII - TRAUMATISME ET GROSSESSE =====

La fréquence accrue des accidents de la voie publique et l'extension du travail féminin hors du foyer redonnent quelque actualité à l'étude de l'influence des traumatismes sur l'évolution de la grossesse, étude qui se limitait habituellement aux effets abortifs des interventions chirurgicales ou aux plaies pénétrantes de l'utérus.

L'avortement, le déclenchement du travail avant terme, voire même des tares fœtales, ont été rattachés avec plus ou moins de bonne foi à un traumatisme subi pendant la gestation.

Si la relation possible entre un traumatisme et un avortement est admise par tous les experts en cette matière (TJUSSIG) le nombre d'avortements ainsi provoqués est beaucoup plus rare qu'il n'est généralement admis dans les milieux judiciaires, et médicaux (TRILLOT).

Dans leur travail sur 1.000 avortements non-criminels dont les produits ont fait l'objet d'une étude embryologique et anatomopathologique complète, HERTIG et SHELDON (1936-1941) mentionnent 13 cas dans lesquels un traumatisme externe de nature variable est survenu avant l'expulsion.

Après vérification anatomique et histologique minutieuse de ces 13 cas, les auteurs estiment qu'un seul a été en relation avec la cause invoquée; les 12 autres cas présentaient des anomalies ovulaires ou placentaires telles qu'en dehors même de tout traumatisme l'avortement était inévitable.

L'imputabilité ne sera affirmée par le médecin-expert que sur des arguments très solides :

1/- l'évolution de la grossesse avant l'accident invoqué doit avoir été normale,

2/- l'examen anatomo-pathologique du délivre: fœtus et membranes est indispensable pour éliminer d'éventuelles anomalies du développement

- 3/- le délai entre le traumatisme allégué et le début des métrorragies ou des contractions doit être de quelques minutes et ne pas excéder quelques heures au maximum.
- 4/- le travail prématuré doit avoir débuté lui aussi peu de temps après le traumatisme.
- 5/- on doit retrouver soit un hématome rétro-placentaire soit une rupture prématurée des membranes et non pas seulement un écoulement du liquide d'une poche amnio-choriale.
- 6/- en fin dans la plupart des cas on doit relever des traces de contusions, des hématomes si le choc a été sévère au point de déclancher le travail.

A coté du traumatisme unique, souvent important, qui attire toujours l'attention de la femme et parfois de façon excessive, il faut connaître l'importance des micro-traumatismes répétés : coïts trop fréquents, les vibrations de certaines machines industrielles, les voyages sur de mauvaises routes, les Transports en commun.

La répétition du traumatisme est plus importante et plus nuisible que son intensité. Il faut retenir ces arguments dans l'étiologie de l'avortement post-traumatique.

Les avortements après voyage aérien relèvent d'une cause bien différente; SUZOR et POLI-MARCHETTI ont réuni 19 observations de menaces d'avortement, d'avortement ou d'accouchement prématuré dont la cause semble bien être la raréfaction d'oxygène car la femme enceinte est particulièrement sensible à l'anoxie.

Les traumatismes peuvent survenir dans des circonstances assez différentes:

A/- Traumatisme délibéré pour provoquer l'avortement :

On connaît l'exemple historique de LULLI frappant violemment le ventre de Melle de ROCHOIS enceinte des oeuvres de LE BAS (cité par TARDIEU).

Dans la pratique quotidienne de tels faits ne sont pas exceptionnels surtout dans les milieux ruraux ; c'est "l'accident" : chute de cheval, barreaux d'une échelle sciés au préalable, etc...

Parfois il s'agira d'une décharge de fusil de chasse (observation de VINCENT et Coll.) dont le motif sera difficile à préciser : avortement, suicide , accident .

B/- Traumatisme accidentel au cours d'une grossesse connue :

- 1 - Traumatisme avec plaie pénétrante de l'utérus :
De nombreuses et spectaculaires observations ont été publiées en particulier celles de WRIGHT et Coll., KODAK et HURWITZ, RAUTIREAU et DUCOURNEAU, POPADOPOULAS.

La mortalité maternelle dans les 24 cas relevés par WRIGHT a été de 4,2% (1 mort) , la mortalité foetale a été de 54% (13 morts).

Six des enfants qui survécurent présentèrent des blessures diverses.

Plusieurs malades opérées eurent des grossesses ultérieures sans accident. Dans la seconde moitié de la gestation le développement de l'utérus explique peut être la rareté des lésions des autres viscères et partant le pronostic maternel favorable.

2 -Traumatisme abdominal sans lésion viscérale.

De nombreuses observations publiées prouvent que la femme enceinte peut subir un traumatisme important et voir évoluer normalement sa grossesse (observation de ROWBOTHAM et Coll. par exemple).

Lorsque le travail prématuré est néanmoins déclenché par un traumatisme abdominal les conditions requises pour l'imputabilité sont habituellement retrouvées: le travail suit de très près l'accident, il s'accompagne de métrorragies ou de contractions ou des deux; l'effacement puis la dilatation du col s'amorcent et le travail progresse jusqu'à l'expulsion du fœtus quelque soit en général la thérapeutique tentée. Le type même en est l'observation de LACOMME :

" Une femme de 34 ans, au cours du 6^e mois de sa 5^{ème} grossesse, les 4 précédentes ayant été menées à terme et normales, subit un accident de la vie publique : chute sur l'abdomen avec plaie superficielle de 15 cm de longueur qui part de l'épine iliaque antéro-supérieure et descend parallèle à l'arcade crurale pour se terminer à 4 doigts en dehors de la symphyse.

Plus tard apparaîtront de larges ecchymoses sur la fesse et la cuisse gauche. Le lendemain et le surlendemain de l'accident se passent sans que surviennent ni pertes ni douleurs. Pourtant on n'entendait pas de bruits du coeur.

Un traumatisme direct, important du bas ventre est certain. La plaie certes était superficielle mais les circonstances de la chute donnaient à penser qu'il pouvait y avoir de sérieuses contusions profondes.

Le 3^e jour les douleurs survinrent et la blessée accoucha très facilement d'un enfant de 1900 Kg mort et présentant un début de macération dont l'aspect paraissait bien indiquer que le décès s'était produit au moment ou peu après l'accident.

Le placenta, expulsé dans des conditions normales, présentait nettement 2 parties distinctes:

- une tout à fait normale occupant les 8/10^e de la surface et une autre violacée, d'aspect ecchymotique occupant en demi-cercle la moitié du bord placentaire.

Le demi-cercle d'ecchymose aboutit d'un côté à un cotylédon presque séparé, décollé de la masse principale; du sang noir, coagulé y adhère.

Tout fait penser que le placenta a été décollé sur une petite partie de la surface et qu'un petit hématome s'est constitué.

Etant donné l'histoire, il ne peut s'agir que d'un décollement et d'un hématome traumatique. Les lésions sont telles qu'il est impossible de ne pas penser à une véritable contusion placentaire."

Si l'imputabilité ne prête guère à discussion dans ces cas par contre les anomalies du travail et leurs complications: décollement placentaire; placenta proevia présentation foetale dystocique et procidence du cordon ne peuvent être rattachés au traumatisme allégué sauf dans certains cas de décollement placentaire comme dans l'observation rapportée par OSTREICH, VEPROVSKY et SAWITSKI. Ces décollements post-traumatiques sont volontiers accompagnés de troubles de la coagulation par fibronogénopénie (SCHNEIDER).

Déjà en 1901 HOLMES avait rassemblé 200 cas de décollements placentaires dont 67 avaient été attribués à un traumatisme.

Une connaissance plus précise de la pathologie de la grossesse a singulièrement battu en brèche l'étiologie traumatique de tels accidents puisque DAVIS et Mac

GEE, trente ans plus tard, ne la retrouvait que dans 3 cas sur 164 (1,8%).

L'expérimentation animale réalisée par SCHNEIDER sur la lapine gravide a démontré l'existence de décollements placentaires post-traumatiques.

C/ - Interventions chirurgicales chez la femme enceinte:

Les réactions du muscle utérin à une agression accidentelle ou chirurgicale sont variables. "On peut dire que chaque utérus a sa réaction individuelle" (TRILLOT)

Or la responsabilité du chirurgien peut être engagée si l'intervention entraîne l'avortement. C'est à dire avec quel soin doivent être posées les indications en dehors des grandes urgences : appendicite aigue, étranglement herniaire, torsion de kyste de l'ovaire et ses conséquences.

Si la vie de la femme n'était pas menacée par l'affection, la défense du chirurgien en cas d'interruption de la grossesse risque d'être difficile.

Lorsque l'intervention se propose d'éviter un avortement ultérieur possible du fait d'un fibromyome ou d'un kyste de l'ovaire associés à la grossesse la plus grande prudence s'impose.

Pour PUECH et VANVERTS les chances d'interruption de la grossesse sont de l'ordre de 10% si l'intervention a lieu dans les 4 premiers mois de la gestation pour s'élever à plus de 50% après le 7^e mois alors que sans intervention les chances d'avortement sont de l'ordre de 12%.

Pratiquée au cours des 4 premiers mois l'intervention diminuerait donc très légèrement les risques d'interruption; elle met également à l'abri des complications toujours à craindre: torsion, suppuration, rupture de la poche kystique ou une éventuelle dystocie à l'accouchement.

Au contraire, PORTES et ses Collaborateurs étaient résolument hostile à l'ovariectomie qui ne devait être pratiquée qu'exceptionnellement et le plus tard possible dans la grossesse.

La myomectomie chez la femme enceinte ne doit être pratiquée que la main forcée car la mortalité foetale est plus importante à la suite de l'intervention que si l'on s'abstient .

La plus grande prudence doit être observée quand on envisage une thérapeutique active sur le col utérin.

TRILLOT rappelle le cas d'un médecin accusé d'avortement criminel parce qu'il avait cautérisé un col métritique chez une femme enceinte; le médecin-expert avait affirmé que toute intervention sur le col était susceptible de provoquer l'avortement et devait être absolument proscrite; le médecin fut heureusement acquitté car l'auteur véritable de l'avortement fut découvert plus tard.

Si une intervention sur le col est réellement nécessaire: fibrome du Col par exemple, il sera plus sage de la réaliser en milieu hospitalier.

L'expérience montre que le siège de l'intervention (organes génitaux, voies urinaires basses) est essentiel dans le déterminisme des avortements post-opératoires, mais l'importance de l'acte chirurgical est plus contingente: on a signalé la poursuite de la grossesse après d'importantes myomectomies (ROLLAND, SCHOCKERT) tandis que l'ablation d'un fibrome pédiculé a été suivie d'avortement dans les 48 heures (COLMANDEUR, VILLARD, GODLENSKI).

L'anesthésie ne paraît pas en elle-même menaçante pour la vie du fœtus dans la mesure où les techniques modernes assurent désormais une oxygénation satisfaisante.

Enfin, de l'avis concordant de tous les auteurs, les risques d'avortement sont moins importants pendant les 2°, 3° et 4° mois de la gestation

D/- Traumatisme chez une femme dont l'état de grossesse est ignoré ou tenu secret.

I/- le traumatisme peut révéler la grossesse comme dans l'observation de SLOAN. Il s'agissait d'une rupture du corps jaune de gestation au cours du Coït.

Le diagnostic fut difficile devant ce tableau de "ventre aigu" chez une jeune femme mal réglée au 40^e jour du cycle. Ce n'est qu'à l'intervention devant l'hémopéritoine et l'aspect de l'ovaire que le diagnostic fut précisé. Deux jours plus tard les métrorragies s'installent puis l'avortement se produit. L'examen anatomo-pathologique confirma la présence de villosités choriales.

2/- l'avortement peut être fait par le médecin à qui la malade cachera sa grossesse débutante.

Le praticien risquera moins une action en dommages et intérêts qu'une éventuelle inculpation d'avortement criminel et l'on sait que le médecin est souvent considéré a priori de "mauvaise foi" et tenu pour coupable jusqu'à ce qu'il soit reconnu innocent .

Une grande prudence est donc à recommander avant de procéder à une exploration endo-utérine: hystérométrie, biopsie d'endomètre, hystérosalpingographie, insufflation tubaire, ou une simple électro-coagulation du col pour exocervicite.

E/- Imputabilité d'une mort in-utero ou d'une malformation foetale à un traumatisme allégué subi en cours de grossesse.

Quand on relit les observations publiées de traumatisme sévères subis par des femmes enceintes et les répercussions souvent discrètes sur l'évolution de la gestation on est surpris par le nombre d'actions judiciaires intentées, aux Etats Unis en particulier, soit par les parents d'un enfant mort-né, soit par le représentant de l'enfant né malformé.

Les décisions des tribunaux sont variables d'un Etat à l'autre selon que les magistrats donnent ou refusent à l'enfant in utero une existence juridique propre.

En France les procès intentés sont exceptionnels. Si l'imputabilité des malformations foetales ne se pose pas en pratique, par contre en cas de mort du fœtus in utero le "pretium doloris" est certain.

Le Pr. LACOMME a publié l'observation d'une mort foetale survenue le lendemain d'une version par manœuvres externes effectuées semble-t-il sans effort excessif; à l'examen du placenta: hématome retro-placentaire.

Dans de tels cas la responsabilité du médecin est engagée et la requête des parents serait admise par le Tribunal.

Il est probable du reste que l'affaire se terminerait par l'acquittement du médecin si les précautions habituelles avaient été prises mais un "pretium doloris" serait probablement accordé aux plaignants.

De tels faits sont exceptionnels; LACOMME n'ajoute-t-il pas : "je ne suis pas certain d'en avoir observé trois dans toute ma carrière".

L'imputabilité de la mort du fœtus in utero pose le problème de l'appréciation de l'état de l'œuf avant le traumatisme invoqué comme le prouve l'observation de VERMELIN et DUROCH (citée par LACOMME):

* Une femme enceinte de 8 mois, à la suite d'un accident d'automobile, avait présenté outre diverses contusions et plaies de la tête un enfoncement des sinus maxillaires et une fracture du fémur gauche. Elle était restée plusieurs heures dans le coma et avait accouché deux jours après d'un fœtus mort et macéré.

Les premières notions sont donc en faveur de l'imputabilité de cette mort foetale au traumatisme, mais l'abdomen était indemne, cette femme était une albuminurique qui depuis 10 jours était au régime lacté, enfin le placenta présentait de nombreux infarctus blancs anciens et des infarctus rouges moins nombreux mais nets. Le trauma avait donc agi sur un œuf malade.

L'état de la femme et l'état de la gestation sont donc deux points essentiels à préciser au cours de l'expertise cette enquête rétrospective est souvent malaisée hélas !

CONCLUSION :

- 1°/- L'importance du traumatisme n'est pas l'élément majeur du pronostic,
- 2°/- Le lieu et le mode d'application du traumatisme ont une importance essentielle: les traumas appliqués sur l'abdomen et contusionnant l'utérus sont évidemment les plus graves.
- 3°/- Lorsque une femme exempte de tare abrite un oeuf sain dans un utérus normal la grossesse est très résistante aux traumatismes et l'interruption de la gestation est loin d'être habituelle.

C O N C L U S I O N S

=====

Nous avons essayé de montrer combien l'étude médico-légale de quelques problèmes de la vie sexuelle de la femme est riche d'enseignements pour le juriste à qui elle fait toucher du doigt les incertitudes de la biologie et pour le médecin à qui elle rappelle les impératifs de la loi qui exprime les préoccupations ou les besoins de la société à laquelle il appartient.

1.- Nous avons insisté sur les difficultés de l'expertise en matière d'attentat à la pudeur et de viol et sur l'intérêt de l'expertise psychiatrique de la victime présumée et éventuellement de son entourage.

2.- L'avortement thérapeutique témoigne des lacunes de notre Art malgré les progrès continuels des moyens de diagnostic et de traitement. Si la tuberculose pulmonaire ne justifie plus que très rarement l'interruption de la grossesse, les cardiopathies et les néphropathies fournissent encore d'indiscutables indications.

Les embryopathies consécutives à une affection maternelle contractée au tout début de la gestation, ne sont pas une indication légale d'interruption de la grossesse, aussi paraît-il souhaitable à de nombreux auteurs qu'une solution humaine et juridique soit adoptée.

3.- Les indications de la stérilisation préventive sont rares si l'on excepte les préoccupations eugéniques ou "anti-conceptionnelles" qui parfois la motivent.

- 4.- L'insémination artificielle avec le sperme d'un "tiers" soulève des objections telles que nous pensons qu'elle doit être déconseillée.
- 5.- L'avortement criminel est le type même de l'échec d'une législation répressive; échec commun à toutes les époques et tous les pays.

On voit mal quelles dispositions répressives ou quelles mesures généreuses pourraient arrêter une femme décidée à se faire avorter quelles que soient les raisons qui l'y déterminent, si ce n'est un scrupule moral ou religieux, car l'embryon est un organisme qui a moralement la même valeur que l'homme.

La généralisation de l'avortement à toutes les classes sociales à travers le monde traduit un malaise dont les causes personnelles, familiales, sociales et économiques s'intriquent, et dont la solution paraît bien délicate à définir.

- 6.- S'il est difficile d'affirmer que les méthodes anti-conceptionnelles diminueraient la fréquence des avortements criminels, du moins peut-on penser qu'elles diminueraient ceux, et ils sont fréquents, pratiqués pour limiter la "taille" de la famille.

Une modification de la Loi de 1920 pour souhaitable qu'elle apparaisse, demanderait au préalable une étude sur l'éventuel "manque à gagner" démographique dans la mesure où une expansion dans ce domaine paraîtrait désirable.

Dcs produits anti-conceptionnels efficaces à la disposition des médecins permettraient sans doute d'éviter nombre avortements thérapeutiques et de stérilisations.

- 7.- Traumatisme et grossesse: nous pensons avoir mis en évidence l'importance des micro-traumatismes répétés, la bonne tolérance habituelle aux grands traumatismes généraux et la sévérité des critères que l'expert devra exiger pour conclure à l'imputabilité dans les avortements, l'accouchement prématuré et la mort du fœtus in utéro.

Vu, Le Président de Thèse :
PIEDELIEVRE.

Vu, Le Doyen de la Faculté
Professeur L.BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. SARRAILH.

B I B L I O G R A P H I E

=====

I - Attentat à la pudeur, Viol :

- 1 - BADONNEL M. : Alcoolisme et statistique péniten-
tiaire,
Annales de Médecine Légale 1951 31
351
- 2 - BRINDEAU A., DESOUBRY, LANTUEJOUL
Attentats aux moeurs sur des fem-
mes enceintes
Annales de Médecine Légale 1945
25: 118
- 3 - DIACOYIANNIS & ELIAKIS C.
Sur un cas de fausse accusation de
viol, conséquence d'un délire sys-
tématisé chez une malade atteinte de rage
Annales de Médecine Légale 1950
30-37
- 4 - DIDDLE A.W. Rupture du dôme vaginal pendant
le coït
article résumé dans J.Of. Am Med Ass.
1948 20 Nov. P. 414
- 5 - ERICKSON T.C. Erotomanie (Nymphomanie) traduisant
une décharge corticale épileptiforme
Arch. of Neurol. and Psychiatry,
Chicago 1945 53:165
- 6 - MERLAND A. & JULLIEN G
Attentats aux moeurs et accusations
délirantes
Annales de Médecine Légale 1953
33: 220

- II -

- 7 - MULLER P.H. Problèmes de Médecine **Légale** sexuelle
Annales de Médecine Légale 1957
Nov.-Déc. p. 343-361.
- 8 - SCHAFER G. Conceptions consécutives au viol et
le problème des dates de conception
et d'ovulation Zeitschrift für Ge-
burtshilfe und Gynakologie 1949
71: 969.
- 9 - SCHRANK P. & ROCH K.H. Résultat d'une enquête sur 732 cas
de viol
Zeit. für. Geburt. und Gynakologie
1949 130:200
- 10 - SIMONIN C. Médecine légale judiciaire
Librairie Maloine 1947
- 11 - SMITH S. Viol allégué
British Medical Journal 1951
2:1454
- 12 - WOLF N. Délits sexuels commis par des vieil-
lards
Munchener Mediz Wochenschrift,
MUNCHEN 1957 99:8

II - Avortement thérapeutique:

- 1 - ABRAMSON D., JANKELSON I.R., MILNER L.R.
Pregnancy in idiopathie ulcéralive
colitis
Am. J. Obst. and Gyn. 1951 61:121
- 2 - ABRAMOVITZ L.
Vaccination et affections virales
pendant la grossesse
South African Médical Journal
Cape Town 1957, 31 n° 1
- 3 - AIMES A. & MIRAMAND A
Cancer du sein et grossesse
Revue médicale de France, Juillet
aout 1950 p. 9-18
- 4 - ALAGILLE D., MILLIEZ P., FRITEL et Coll.
Accidents rénaux de la grossesse et
de l'avortement
Paris, Masson 1957
- 5 - AMBRE M.
Accouchement normal à terme après
opération de Crawford pour rétrécis-
sment de l'isthme de l'aorte au
3° mois de la grossesse
Bull. Ass. Gyn. et Obst. 1950
n° 2 p. 91-93
- 6 - AREN P.
Sur l'avortement légal en Suède
Tentative d'estimation et de justifi-
cation de sa fréquence pendant la der-
nière décade.
Acta. Obst. and Gyn. Scandinavia 1958
Vol. 37 supplément n° 1
- 7 - ARKLE J.
Interruption de grossesse pour raisons
psychiatriques
British Médical Journal 9.III 1957
p. 558-559.
- 8 - Assises nationales de Médecine 14° année n° 4
Juillet 1956 E.S.F.
- 9 - BARGEN J.A., MUNIZ C.J.
Am. J. Obst. Gyn. 1939 38:146
Pregnancy associated with chronic
ulcerative colitis.

- IV -

- 10 - BARNES C.S., HAYES H.M. Ulcérative colitis complicating pregnancy and puerperium
Am. J. Obst. and Gyn. 1932 22:907
- 11 - BINDER H. Les indications psychiatriques des interruptions de grossesse
Archives suisses de Neurol. et de Psychiatrie 1951 67:245-263
- 12 - BLANCHET F. Cancer du col au cours de la gestation
Thèse Paris 1949 n° 522 **act.**
- 13 - BROOKS B. et PROFFITT J.N.
L'influence de la grossesse sur le Cancer du sein
Surgery janv. 1949 25:1-11
- 14 - BUNIM J. et APPEL S.B.
Gestation et cardiopathies rhumatismales
Journal of Am. Méd. Association
Janv. 1950 n° 2 142:90
- 15 - CHATAGNON P., MABON J., Melle LAMOLE P.
Avortement thérapeutique et stérilisation en psychiatrie
Soc. Médico psychologique 18/12/44
p. 890
- 16 - CHEEK J.H.
Révue des opinions courantes concernant la survenue d'un cancer du sein au cours de la grossesse.
Am. Méd. Ass. Arch. of surgery
Chicago Mai 1953 66.664-672
- 17 - DESHAIES G.
De l'interdiction de la grossesse considérée comme accident thérapeutique chez les malades mentales
Annales Médico-psychologiques
Séance du 26/II/56 p. 876
- 18 - DESMOULINS Henri
Etude statistique de 20 cas d'avortements thérapeutiques à la Clinique obstétricale de la Faculté de Lyon
Thèse Lyon 1954 n° 34
- 19 - DECHENE H.
A propos de l'avortement provoqué pour causes psychiatriques
L'ECOLUTION PSYCHIATRIQUE Juil.sept. 1956 p. 753

- 20 - EKBLAD M. Avortement thérapeutique pour indications psychiatriques: étude de 479 cas
Acta. Neurol. Psych. Scandin. 1955
Suppl. 99 p. 1238
- 21 - ERF L.A. Résumé de 100 cas de Leucémie et de Lymphosarcome. Modifications cellulaires produits chez le cobaye par des extraits de placenta "leucémique"
Am. J. Clin. Pathol. 1947 - 17:268-280
- 22 - ESPINO-VELA J. et CASTRO-ABREU D. Cardiopathies congénitales associées à la grossesse - Une étude de 53 cas
Am. Heart Journal 1956 51:542-561
- 23 : FELIZAS GG Avortement thérapeutique et tuberculose pulmonaire
Thèse Paris 1949 n° 508 dact. 92 p.
- 24 - FELSEN J., MOLARSKY W. Chronic ulcérate colitis and pregnancy
Am. J. Obst. and Gyn. 1948 56:751
- 25 - GHILAIN A. & PAQUET Coarctation de l'aorte et grossesse
Bruxelles Médical Mai 1953 ou Bull. Féd. Soc. Fr. Gyn. Obst 1952 4 : 651
- 26 - GILBERT R. Le problème de la gravidité dans la maladie de Hodgkin
J. de Radiologie et d'Electroradiologie 1952 tome 33 1:11
- 27 - GLOVER R.P., McDOWELL D.E., O'NEILL T.J.E. and JANTON OH Mitral commissurotomy in relation to pregnancy
J.A.M.A. 1955 158:895-900
- 28 - GORDON C.A. Cardiopathies comme cause de mort maternelle
Am. J. Obst. and Gyn. avril 1955
69: 701-714
- 29 - GORENBERG H. and CHESLEY L. Rhumatisme cardiaque et grossesse: le pronostic éloigné des malades avec "formes sévères"
Am. J. Obst. Gyn. 1954 68:1151-1159

- VI -

- 30 - HAMILTON B.E. Le coeur pendant la grossesse et l'accouchement
Little Brown and CO Boston 1941
- 31 - HAMILTON B.E. And CARR W
Cinq cents femmes atteintes de cardiopathies graves, suivies pendant la grossesse et l'accouchement.
Am. J. of Obst. and. Gyn. 1953 26:824
- 32 - HARRIS G. Leucémie aigue et grossesse Brit. méd. Journal 9/7/55 p. 101-102 - rapport d'un cas.
- 33 - KERR A. et SODERMAN W
Cardiopathies congénitales et grossesse
Am. J. of Médecine Sept. 1951 p. 436
- 34 - KOLSTAD P. Thérapeutic abortion Acta obst. and Gyn. Scand. suppl. 6 1957
- 35 - LAMY M. et Melle SEROR M.E.
Résultats d'une enquête sur les embryopathies d'origine rubéolique
Bull. de l'Académie Nationale de Médecine 1956 140:196
- 36 - LANTUEJOUL P. HERVET E., PETIT J.
Malformation foetale et radio activité
Ann. de Médecine légale 1957 n° 4
P. 179-181
- 37 - LANTUEJOUL, P. PIEDELIEVRE R.
Avortement devant la loi - réglementation concernant l'avortement Progrès Médical Paris 1953 81:264-269
- 38 - LAUBRY S. et ROUTIER D.
Cardiopathies et grossesse (indications opératoires)
Bull. de l'Acad. Méd. mars 1941
124:322-331
- 39 - LAURENT Y.G.M.J. Grossesse et leucose myéloïde
Contribution à l'étude clinique à propos d'un nouveau cas Thèse Paris 1955
n° 935 dact.

- 40 - LEPAGE F. Tuberculose Pulmonaire et puerpéralité
en fonction des traitements actuels
MATERNITE Paris 1954 N° 10
- 41 - MAC DOUGALL I. ulcération colitis and pregnancy
LANCET 1956 p. 641-643 tome 2
- 42 - Mac RAE D.J. cardiopathies et grossesse : une revue
de 228 cas - J. Obst. and Gyn. of British
Empire Oct. 1953 60:650-656
- 43 - MAGNIN P., REBOUL J
A propos de l'interruption thérapeutique
de la grossesse et de la stérilisation
chez la cardiaque
J. de Méd. de Lyon 1956 : 37:886
- 44 - MARMET A., JAUBERT de BEAUJEU M., PLANE J. et HERAN J.
A propos de trois cas de résection segmentai
re pour tuberculose chez des femmes en-
ceintes
Revue de la Tuberculose 1955 19:88-91
- 45 - MAHAIM C., NAEF A.C. et MAHAIM I
La chirurgie du coeur et des gros vaisseaux
dans l'état de grossesse: sténose mitrale
canal artériel, coarctation de l'aorte
et sténose pulmonaire
Cardiologica, Basel 1955 27:263-296
- 46 - MENDER Claude A propos de 7 accouchements observés chez
les cardiaques ayant subi une commissu-
rotomie avant le début de leur gestation
Thèse Lyon 1955 N° 299
- 47 - MENDELSON D.L. Un cas démonstratif. Interruption de grossesse
et valvulotomie mitrale dans le cas de sté-
nose mitrale compliquant la grossesse.
Am. J. Obst. and Gyn. Juillet 1955 p.1223
1255
- 48 - MEYER A., ISRAEL R., HERTZOG P., UZZAN D., CHEBAT J.
Possibilités et limites des traitements
actuels de la Tuberculose pulmonaire
chez la femme enceinte (incidence sur le
traitement et l'avortement thérapeutique)
Revue de la Tuberculose 1954 n° 4 p. 361

- VIII -

- 49 - MICHON et DORNIER Leucose aigue et grossesse
Revue Médicale de Nancy 1957 82:1
- 50 - MOORE J.G. & RANDALL J.H.
Tendances en matière d'avortement thérapeutique
Revue de 137 cas - Am. J. Obst. and Gyn
1952 63:28
- 51 - MORIN P. & CHERTIER J.
Tuberculose pulmonaire et gestation
Sem. des Hopitaux de Paris 1950
26:1250-1259
- 52 - NACHTSHEIM H. Les interruptions de grossesse et la
stérilisation sont-elles toujours à refuser
dans les incompatibilités Rh?
Munchener Medizinische Wochenschrift,
Munich 1956 98:36 p. 1202-1203.
- 53 - NOEL G. Le comportement des cardiaques au cours
de l'état gravidocardiaque
Thèse Lyon 1952 n° 76
- 54 - ODERMATT Cancer du sein et grossesse
Schweiz. Méd. clin. Wochenschrift 1924
Tome 54 p. 385
- 55 - Office mondial de la santé
Recueil International de législation
sanitaire - Loi danoise sur l'interruption
de la grossesse 1957, 8, n° 3
- 56 - PASQUALAGGI Jean A propos de 41 cas de néphropathies
gravidiques sévères à la Maternité de l'
hôpital Ténon.
Thèse Paris 1956 - n° III3 dact.
- 57 - PATTERSON M., EYTINGE E.J.
Chronic ulcérate colitis and pregnancy
New England J. of Medicine 1952 246:691
- 58 - PEELE J.W. and de GROAT A.
Phaeochromocytoma complicated by pregnancy
Am. J. of Obst. and Gyn. 1955 69:1054-
1062

- 59 - PERLMUTTER Ik. Analyse des avortements thérapeutiques
hopital Bellevue, 1935-1945
Am. J. of Obst. and Gyn. 1947 53:1008-18
- 60 - PERROTIN Jean Cancer du sein et grossesse
Thèse Paris 1946 n° 799 dact.
- 61 - PIEDELIEVRE R. Proposition d'extension de la loi sur
l'avortement thérapeutique en France
Bull. Ac. Nat. Med. 1952 136:329
- 62 - POINCARRET P. Cardiopathies congénitales et grossesse
Concours médical 1954 - p. 3785-3789
- 63 - ROYAL SOCIETY OF MEDECINE
Compte rendu du débat sur l'avortement
thérapeutique pour raisons psychiatriques
in British med. journal 23.II.57 p. 753
- 64 - ROSENBACH L.M. and GANGEMI C.R. Tuberculose et grossesse
J.A.M.A. 14/7/56 p. 1035-1038
- 65 - ROUGER Y.M.H. Coarctation de l'aorte et grossesse
Thèse Paris 1955 n° 945 dact.
- 66 - SCHAEFFER G. and EPSTEIN HH
Avortement thérapeutique dans la tuberculo-
se pulmonaire
Am. J. Obst. and Gyn. 1952 63:129-135
- SCHAEFFER and EPSTEIN HH
Lobectomie pour tuberculose pulmonaire
pendant la grossesse
Am. j. Obst. Gyn. 1952 64: 188-193
- SCHUB H. BLACK M.M., SPEER F.D.
Leucémie chronique et grossesse
Blood 1953 8:375 -381
- 67 - SCHUBERT Les interruptions de grossesse et la stéri-
lisation dans l'érythroblastose
Munchener Mediz. Wochenschrift 1956
98:36 p. 1198-1201
- 68 - SHEEHY T.W. Effects de la grossesse sur la leucémie
chronique
Am. J. Obst. and Gyn. avril 1958 p. 791

- X -

- 69 - THORNTON W.N. Avortement thérapeutique: responsabilité
de l'accoucheur
Obstetrics and gyn. nov. 1953 2 470-475
- 70 - TIETZ G. L'avortement thérapeutique à New-York
City (1943-1947)
Am. J. Obst. and Gyn. 1950 60:146-152
- 71 - TURNER S.J., LEVINE L., ROTHMAN A.
Lupus érythémateux et grossesse
Am. J. Obst. and Gyn. 1955 70:102-108
- 72 - ULLERY J.C. La surveillance de la grossesse compliquée
par une cardiopathie
Am. J. of Obst. and Gyn. 1954 67:834

III - Stérilisation :

- 1 - BINET-SANGEE "Le Haras Humain" ed. Albin Michel Paris 1918
- 2 - BIRTHRIGHT Inc. Publication n° 5, 2 East 103d. St.
New York
- 3 - BOYSEN K.H. & McRAE L.A.
Tubal stérilization through vagina
Am. J. Obst. and Gyn. sept. 1949 58:488-494
- 4 - Bulletin de l'Académie nationale de Médecine
26/10/54 p. 444
- 5 - Bulletin de l'Ordre National des Médecins
Mars 1955 p. 11 à 13
- 6 - BUREAU GEorges Les facteurs d'opposition à la stérilisation
légale des anormaux
Thèse Paris 1939 n° 803
- 7 - BUTLER F.O. and GAMBLE CJ
Mortality of human sterilization
Am. J. of Obst and Gyn. aout 1951
62:420-422
- 8 - CHOSSON J. Apropos des techniques de stérilisation
chez la femme
Marseille Chirurgical octobre décembre 1956
7:540-545
- 9 - DAHR P. Le problème de la stérilisation et de
l'interruption de grossesse dans l'érythro
blastose familiale
Deutsche Medizin. Wochenschrift,
Stuttgart 13 Avril 1951 p. 513
- 10 - DARNER et HUNTER Surgical stérilization in women :
10 years study Journal Lancet 1948 68:118
- 11 - DEBRAY J..R. A propos des problèmes éthiques posés
au corps médical par la stérilisation
féminine préventive.
La semaine médicale, sup. de la S. des H.
n° 31 du 30/10/53 p. 481-482

- XII -

- I2 - DIECKMANN W. & HARROD J.P.
Tubal ligation (sterilization) by a
modified Madlener method
Am. j. obst. and Gyn. sept. 1954 68:897
- I3 - DIECKMANN and HAUSER
Grossesse après stérilisation tubaire
Am. J. Obst. and Gyn. févr. 1948 55:308
- I4 - DIPPEL AL
Tubal sterilization by Madlener method
critical analysis of failure
Surg. Gyn. and Obstetrics 1940 71:94
- I5 - EVANG K
Rapport sur la stérilisation résumé in
JAMA 7/7/56 p. 995
- I6 - FAYOT-PETITMAIRE M.
de la stérilisation féminine préventive
Semaine de hopitaux de Paris
2/12/55 p. 3804-07
- I7 - FEDERAL SECURITY AGENCY 1947
Patients in Mental Institutions
- I8 - GAMBLE C
Stérilization of the mentally deficient
in 1946
Am. J. Mental Deficiency 1948 52:375
- I9 - GAMBLE C.
Tendances des programmes d'Etats pour
la stérilisation des malades mentaux
Am. J. of Mental Deficiency
Avril 1949 53:538
- 20 - GAMBLE C.J.
Préventive stérilization in 1948
JAMA 12/11/49 p. 772
- 21 - GAMBLE C.J.
Préventive sterilisation in 1949
JAMA 28/10/50 p. 783
- 22 - GARRISON P.L. and GAMBLE C.J.
Sexual effect of vasectomy
JAMA 23/9/50 p. 293-294
- 23 - GREEN-ARMYTAGE V.B.
Sterilization by diathermy-knife to
the Fallopian tubes per vaginam
J. Of Obst. & Gyn. of the British
Empire aout 1956 63:529

- 24 - HANDLEY R.S. Un succès de la reconstitution du canal déférent après intervention pour stérilisation
Arch. Middlesex Hospital Janv. 1951
p. 74-77
- 25 - HEARIN W.C. Jr. Tubal ligation, its use and abuse
Am. J. Obst. and Gyn. December 1956
72: 1.207-1.213
- 26 - HOLMAN E.J. Aspects médico-légaux de la stérilisation
insémination artificielle, avortement
JAMA 4/II/54 p. 1309
- 27 - IRVING F. Tubal stérilization
Am. J. of Obst. et Gyn. 1950 60:1101
- 28 - JOHNSON B.S. une étude sur les malades stérilisées
à la Laconia State School de Juillet 1924
à Juillet 1934.
Am. J. of Mental Deficiency 1946 50:437
- 29 - KUMMER J.M. Les contre indications psychiatriques à
la grossesse à propos de l'avortement thé-
rapeutique et de la stérilisation
California Medecine juillet 1953
79 : 31-35
- 30 - LAFFARGE J. Trente observations de stérilisation
prophylactique d'une nouvelle gestation
au cours des cinq dernières années à la
clinique obstétricale
Thèse Lyon 1953 - 1954 n° 63
- 31 - LAFFONT A. Les procédés de stérilisation chez
la femme
Gynécologie et Obstetrique 1929
tome XX p. 442
- 32 - LEE J.G., RANDALL J.H., KEETELL W.C.
Tubal sterilization; a review of 1.169
cas Am. J. of Obst.& Gyn. Nov. 1951
62-568
- 33 - LUNDIN G. et MOLLER A
Apperçus sur la stérilisation des épi-
leptiques
Acta psychiatrica and Neurol.
Scandin. 1951 tome 26 fasc 2 - p. 177
189.

XIV -

- 34 - MARISSIAUX J. et KLEINERMANN W
La stérilisation et la castration des
criminels
Revue inter. de criminologie et de Poli-
ce technique 1949 n° 4 p. 251
- 35 - MAYAUD E
Le problème de la stérilisation humaine
La société a-t-elle le droit de stérili-
ser les individus ?
Thèse Paris 1934 n° 823
- 36 - MILLIEZ P., NEEL, J.L. FRITEL, LAGRUE J. XIMINES H.
Stérilisation et grossesse
Bull. et Mém. de la Soc. méd. des
hôpitaux 1955 71:55-58
- 37 - MINORU MURAMATSU Les récentes tendances en matière
d'avortement provoqué et de stérilisation
au Japon.
In rapport du 5°. congrès international
de Parenté Planifiée" 1955
- 38 - MURET
des indications de la stérilisation
chez la femme
Gyn. et Obst. 1929 tome XX p. 277-303
- 39 - MURPHY
Congénital malformations
Ed. J.B. LIPPINSCOTT co. Philadelphie
1947
- 40 - NIEDERHAUSER W. Von
La reperméabilisation spontanée du Canal
Défèrent
Helvetica Chirurgica Acta
Juin 1956 - 23:139-145
- 41 - PEARSE H.A. et OTT H.A.
Hospital Control of Sterilization and The
rapeutic abortion
Am. J. of Obst. & Gyn. 1950 60:285
- 42 - PIGEAUD H.
A propos de la stérilisation par résection
et ligature des trompes au cours ou à
la suite de l'accouchement
Rev. Fr de Gyn. et d'Obst. Janvier-
février 1955 50:1-8

- 43 - REY Jacques La castration et la stérilisation des
 criminels
 Bull. de l'Administration des Prisons
 (Belgique) 1949 n° 3 p. 80
- 44 - RIZK W. Quatre observations de stérilisation
 chez des femmes atteintes d'une affection
 médicale chronique
 Thèse Lyon 1937-38 n° 431
- 45 - RUBOVITZ W.H. and KOBAK A.J.
 Echecs de la stérilisation tubaire
 Etude clinique et histologique
 Am. J. of Obst. and Gyn. 1934 27:12
- 46 - SHUHEI YASUI Stérilisation par cautérisation des
 cornes utérines par courant HF
 Rapport 5° congrès Intern. Planned Parenthood
- 47 - SOLAL R. Reconstitution spontanée des trompes après
 leur résection presque complète au cours
 d'une salpingoplastie
 Presse Médicale 27/10/54 n° 70 p.1466-67
- 48 - STURUP G.K. Castration des criminels sexuels
 Acta Psychiatrica Neurol. Scandin. 1946
 21:781
- 49 - SWARG G. La stérilisation eugénique des anormaux
 Thèse Paris 1934 n° 333
- 50 - TAPPAN P.W. Traitement des criminels sexuels au
 Danemark
 Am. J. of Psychiatry oct. 1951
 62: 420-422
- 51 - TUNE Lewis C. La loi de stérilisation du Kansas et
 son application à l'Ecole Pratique
 d'Etat
 Am. J. of Mental Déficency Janv. 1951
 vol. 55 - n° 3 p. 381-383
- 52 - TURENNE A propos de la stérilisation temporaire
 de la femme
 Gynécologie et obstétrique 1929 tome XIX
 p. 442

- 53 - ROSENBLOOM D Suppression de la stérilité par
vasectomie
Fertility and Sterility (New-York)
Nov. déc. 1956 7:540-545
- 54 - VIGNES H Les indications de la loi allemande
de stérilisation eugénique
Presse médicale 13 juin 1934
p. 971-973
- 55 - VISCHI G. Une mise au point sur la stérilisation
Am. j. of. Mental Deficiency
Janv. 1951 - vol. 55 n° 3 p. 366 -368
- 56 - WEINTRAUB P. La stérilisation en Suède: sa règlemen-
tation et sa pratique
Am. J. of Mental Deficiency
Oct. 1956 56:364-374

IV - L'insémination artificielle =

- 1 - BERNARD I. & SEGUIN M. Hétéro-insémination GYN. et Obstétrique 1947 XLVI, 3, p. 356
- 2 - BINNEY Cécil Legal and social implications of artificial insemination Eugenic Review Vol. XL n° 4
- 3 - CHASTRUSSE L. L'insémination artificielle chez la femme et le droit naturel Rev. Fr. de Gyn. et Obst. avril 1948 125:1-15
- 4 - CHOSSON In rapport du XVII° congrès de Gynécologie et d'obstétrique : Etude médico sociale de l'insémination artificielle Bull. Féd. soc. Gyn. et d'Obst. 1957
- 5 - COLLIGNON T. Le problème moral, juridique et social de l'insémination artificielle Revue de Criminologie et de Police Technique 1950 Vol. V n° 4 p. 243
- 6 - DASTE M. Les conséquences juridiques en Droit civil français de l'insémination artificielle Annales de Médecine légale 1948 n°5 P. 255-261
- 7 - d'ERNEST J.P. Le problème de la fécondation artificielle Concours médical 1951 n° 1 p. 27-28
- 8 - DOUAY E. Fécondation artificielle Gazette Médicale de France 1930 p. 96-100
- 9 - FISCHER I. et COATS E Stérility due to retrograde ejaculation of semen Obstetrics and Gyn. 1954 p. 352 - 354
- 10 - FORBES R. The médico-légal aspects of artificial insemination Médico-légal and criminological Review Juillet-septembre 1944

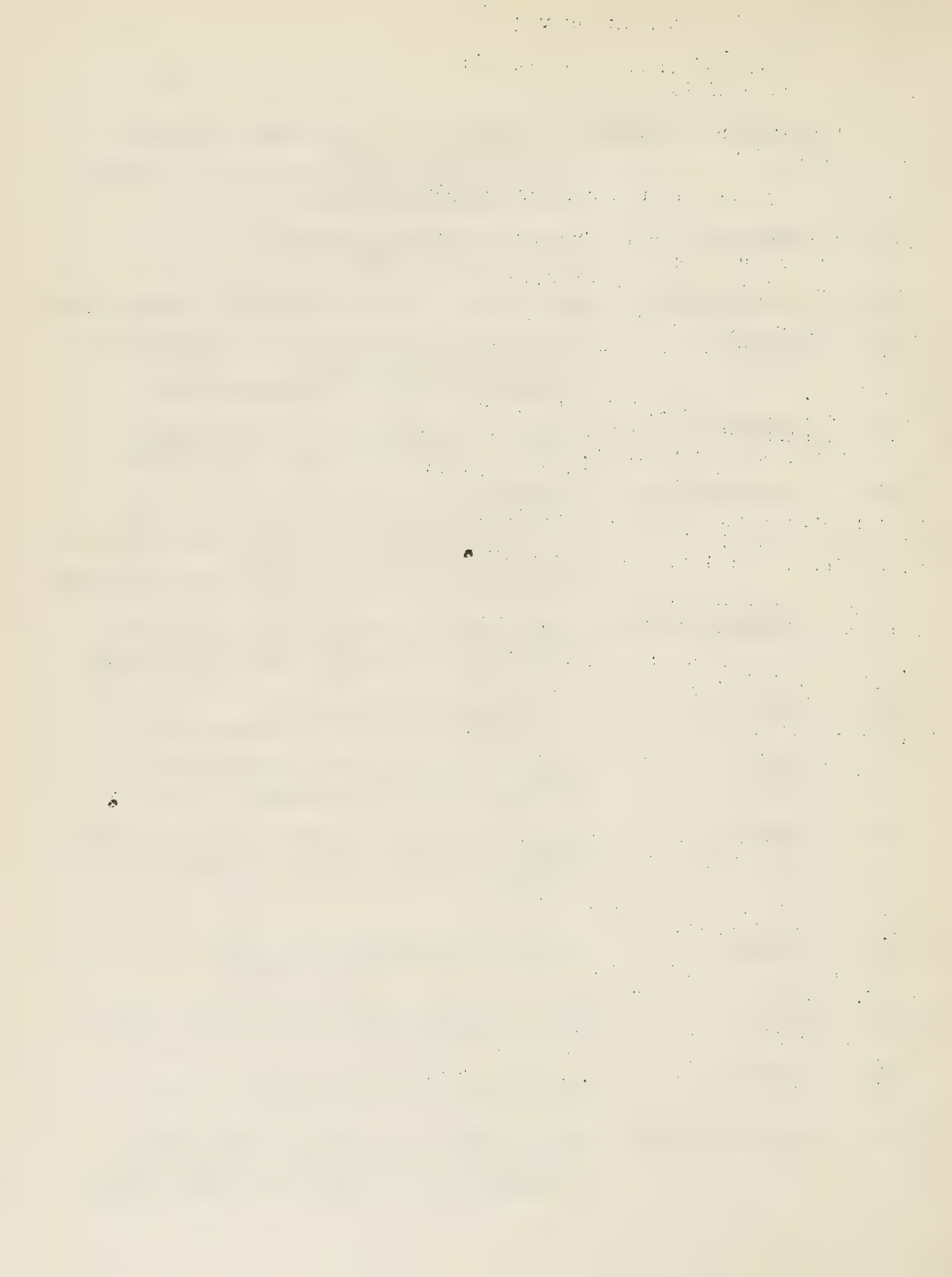
- II - HARTMANN et LOWYOT in rapport du XVII^e congrès de Gynécologie et d'obstétrique
Etude médico-sociale de l'insémination artificielle
Bull. Féd. Soc. Gyn. et d'Obstétrique
1957
- I2 - LACASSAGNE J.V. L'insemination artificielle Thèse
Paris 1953 n° 777 dact.
- I3 - LACOMME M. & GUEGUEN J.
A propos de l'insémination artificielle
Revue du Praticien 1954 tome 4 n° 4
p. 315
- I4 - LAMSON H., PINARD W. et MEAKER
Sociologic and psychological aspects
of the artificiel insemination with
donor semen J.Am. Med. Ass. 1951
145:1062
- I5 - LANIER L'insémination artificielle Thèse
Paris 1948 n° 194 dat.
- I6 - MERGER R. in rapport du XVII^e congrès de gynécologie et d'obstétrique
Etude médico-sociale de l'insémination artificielle
Bull. Féd. soc. Gyn et d'Obst. 1957
- I7 - MOUREAU P. J. L'insémination artificielle. Aperçus
biologiques et médicaux
Revue de Droit Pénal et de Criminologie
Juillet 1952 N° 10
- I8 - PALMER R. et PALMER E
A propos de la fréquence des stérilités
d'origine masculine et des indications
de l'insémination avec donneur
Gynécologie et obstétrique XLIV 1945 p.
317
- I9 - ROZOY Les problèmes que pose l'insémination
artificielle thèse Bordeaux 1947
n° 60 dact

- 20 - SAVATIER Pr. In "insémination artificielle"
Centre d'Etudes Laennec 1946 N°2
- 21 - SEYMOUR & KOERNER Artificial insemination
JAMA 1936 57:1530
- 22 - SHOROHOWA Mme Le problème de la fécondation artifi-
cielle
Gyn. et Obst. 1927 15:132
- 23 - SPECHT J.M. L'insémination artificielle
Thèse Paris 1951 N° 110 dact.
- 24 - STRAHL J. L'insémination artificielle
Revue Int. de Criminologie et de
Police Technique 1951 Vol. VI N°4
P.287
- 25 - THELIN M.H. L'insémination artificielle Annale
Médecine Légale 1947 N°6
p. 209-216
- 26 - VALENSIN La fécondation artificielle et naturel-
le de la femme
Ed. GALLIMARD Paris 1957 397 p.

V - Avortement criminel :

- 1 - de BEAUVOIR S. Le Deuxième Sexe Tome II
L expérience vécue p. 290-301
N.R.F. Ed. Gallimard Paris 1949
- 2 - BALTHAZARD V. Une campagne de 40 ans contre l'avorte-
ment
Annales de Médecine Légale 1942
22:101-108
- 3 - DEROBERT L. et MARTIN R.
Mort d'une femme pendant les manoeuvres
abortives pour grossesse imaginaire
Annales de Médecine Légale 1952 32:223
- 4 - DEROBERT L. L'erreur d'une politique purement ré-
pressive de l'avortement. La prodigieuse
fréquence de celui-ci
Ann. de Médecine Légale 1944 N° 7
- 5 - DOYLE J.C. Un cas de grossesse ectopique avec manoeu-
vres abortives
Lancet Juin 1952 72:294
- 6 - EGGENS J.B. et HARANT Y.
La répression de l'avortement de l'antiqui-
té à nos jours Problèmes N° 33
"L'avortement" p. 68
- 7 - EGGENS J.B., FOURNIER M.W. et HARANT Y.
La législation de l'avortement à l'étran-
ger - Problèmes n° 33 "l'avortement"
p. 75
- 8 - GOLETTY F. L'avortement au point de vue juridique
Problèmes n° 33 p.31
- 9 - KOGUCHI Y. L'avortement provoqué au Japon in Reports
of Proceeding of the 5 th Inter. Conf.
on Planned Parenthood.
- 10 - GORDON I. Classification of death of medico-legal
importance
British Med. Journal 1944 2:337-339

- 11 - LAIGNEL-LAVASTINE Histoire de l'avortement provoqué
des origines à 1810
Société Française d'Histoire de la Médecine
séance du 9/II/41
- 12 - MONDOR H. Les avortements criminels
Masson Paris 1936
- 13 - MONSAINGEON A. L'avortement - Centre d'Etudes Laennec 1946
- 14 - NETTER A. Etudes statistiques sur la fréquence des
avortements provoqués
Problème n° 33 - l'Avortement P.18
- 15 - PEQUIGNOT H. Simples remarques sur l'avortement
Arch. de médecine sociale mars 1946
- 16 - PIEDELIEVRE R. et DEROBERT L.
Role du système neuro-végétatif dans
le déterminisme de la mort rapide au cours
des tentatives d'avortement.
Annales de Médecine Légale 1942 -22:92-95
- 17 - SANGMEISTER H.G. Avortements: revue des cas mortels à
Philadelphie de 1931 à 1940 inclus
Am. J. Obst. and Gyn. 1943 46:755-759
- 18 - SAUVY A. Avortement et population
Problèmes n° 33 l'avortement p. 42
- 19 - SUTTER J. Libres propos sur " L'avortement"
Problème n° 33 l'avortement p. 50
- 20 - SUTTER J. Résultats d'une enquête sur l'avortement
dans la région de Paris - Population
1950 N°I
- 21 - TAUSSIG Abortion spontaneous and induced
St Louis 1936 Mosby Company
- 22 - TEARE D Medico légal aspects of abortion Brit.
Med. journal 1952-I:915
- 23 - TIETZE C. Abortion as cause of death
Am. J. Public Health 1948 38:1434
- 24 - Union nationale des Caisses d'Allocations Familiales
L'avortement et les manoeuvres anti-
conceptionnelles (Paris Ed. SEFI 1947)



VI - Méthodes anti-conceptionnelles :

- 1 - BARBE R.H. Les conséquences pathologiques des pratiques anti-conceptionnelles chez la femme
Thèse Marseille 1937 n° 39
- 2 - BOURGEOIS-PICHAT J. Evolution Générale de la Population française depuis le 18° siècle
Population 1951 N° 4
- 3 - BOUSQUET L'islam et la limitation des naissances
Population 1950 N° I
- 4 - DUMOIS, DUMEE, DUCHENE Le problème de la planification des naissances 1-aspects sociologiques
2-aspect médical et moral
Pages Documentaires 1957 n° 4
- 5 - DUPREEL E. Morale et Démographie - Population 1950
n° 1
- 6 - GIRARD A. & SAMUEL R. Une enquête sur l'opinion publique à l'égard de la limitation des naissances
Population 1956 N° 3
- 7 - HARMSSEN H. Reports of proceeding of "The 3 rd. Intern. Conf. on Planned Parenthood".
- 8 - KISER C. L'enquête d'Indianapolis sur la Fécondité
Population 1950 N°2
- 9 - LAGROUA WEILL-HALLE A. Le contrôle des naissances à l'étranger et la loi française de 1920
Semaine médicale du 22.3.53 (suppl. de la Sem. des Hopitaux)
- 10 - LAGROUA WEILL-HALLE A. Remarques sur le Birth Contrôl
Gynécologie Pratique 1957 N°3
- 11 - LAGROUA WEILL-HALLE A. Projet d'expérimentation des méthodes de contraception et leurs conséquences dans un service de l'Assistance Publique.
Gynécologie Pratique 1957 N°3

- I2 - LESTAPIS S. de (S.J.)
L'Eglise Catholique et les problèmes de
population.
Textes pontificaux récents
Population 1950 N° 2
- I3 - OKASAKI A
Le problème démographique au Japon
Population 1952 N°2
- I4 - PRIGENT R.
Le renouveau des idées sur la famille
I.N.E.D. 1951 P.U.F.
- I5 - Institut National d'Etudes Démographiques (INED)
La limitation des naissances, mise
au point de l'INED
Population 1956 n°2
- I6 - PINCUS G., ROCK et Coll.
Le controle de la fertilité par une médi-
cation orale
Am. J. of Obst. and Gynecology
Janvier 1958 p. 1333
- I7 - REPORTS of the biological and médical cpmitttee; papers
of the ROYAL COMMISSION on POPULATION
Vol. 4, Londres, Her Majesty's
Stationnery Office 1950
- I8 - RIVIERE M. et TRAISSAC R.
A propos du Birth control
Gynécologie pratique 1957 Tome 8 n° 1
- I9 - ROBIN J.
Le problème démographique au Japon
Population 1951 N°2
- 20 - SUTTER J.
L'eugénique I.N.E.D. 1950 P.U.F.
- 21 - SUTTER J.
Le mouvement dans le monde en faveur de
la limitation des naissances (1945-1954)
Population 1955 N°2
- 22 - SUTTER J.
A la recherche de la "pilule stérilisante"
Population 1957 N°3
- 23 - Union Catholique de Service Social :
Problèmes démographiques et eugénisme
chrétien - Pages Documentaires 1951 N°4
- 24 - Union Nationale des Caisses d'Allocations Familiales
L'avortement et les moyens anti-conception
nels Paris Ed. SEFI 1947

-XXIV -

- 25 - VINCENT P. La stérilité physiologique des populations - POPULATION 1950 N° 1
- 26 - VINCENT P. La famille normale POPULATION 1950 N° 2
- 27 - VINCENT P. Données biométriques sur la conception et la grossesse
POPULATION 1956 N°1

VII - Traumatisme et grossesse :

- 1 - BERLE B.B. ET JAVERT C.T.
Stress et avortement habituel
Obstetrics and Gynecology
Mars 1954 3:298
- 2 - Bureau of Légal Medecine and Législation
Right of recovery for prenatal injuries
J.of Am. Med. ASS 1954 155:1098
- 3 - Bureau of Légal Medecine
Traumatisme pendant la grossesse; responsabilité pour morti-natalité consécutive à un accident d'autobus
J. of Am. Med. Ass. 1951 146:1527
- 4 - DAVIS M.E. et Mac GEE W.B.
Abruptio placentae
Surgery Gyn. and Obst 1931 53:768
- 5 - DIDDLE A.W.
Les conséquences des voyages sur l'avortement
Am. J. of Obst. and Gyn. 1944 - 48:354-360
- 6 - DIDDLE A.W.
Traumatisme et interruption de la grossesse
Texax State J.of Médecine 1948 44:522
- 7 - GRANZOW O.J.
Early injurious effects following interruption of pregnancy
Zentralbl. Gynak 1951 73:1331
- 8 - HERTIG A.T. et SHELDON W.H.
Les critères minimum requis pour prouver l'étiologie traumatique d'un avortement
Ann. Surgery 1943 117:596
- 9 - HOLMES R.W.
Abruptio placentae
Am. J. of Obstetrics 1901 44:753
- 10 - KLEES E.
Blessure intrautérine du fœtus consécutive à un traumatisme pendant la grossesse - Zentralbl. Gynak 1951 73:1294

- 11 - KOBAK A. et HURWITZ C.H.
Blessure par arme à feu d'un utérus
gravide
Gynécology and Obstetrics 1954
4: 383-391
- 12 - LACOMME M.
Traumatisme et grossesse
MATERNITE 1953 n° 2 p.55
- 13 - LAW DEPARTIENT
Responsabilité en matière de traumatisme
prénatal
J.of Am. Med. Ass. 1955 159:219
- 14 - MAC NEIL R.J.
Traumatismes accidentels de la femme
Problèmes obstétricaux et gynécologiques
associés aux demandes de dommages et
intérêt
California Medecine - Juillet 1955 83:30
- 15 - OSTREICH L.L., VEPROVSKY E.C., SAWITSKY A
Défaut de coagulation sanguine associé
à un décollement placentaire consécutif
à un traumatisme. Rapport d'un cas.
Am. J. of Obst. and Gyn. 1954 67:435
- 16 - RAUTUREAU M. et DUCOURNEAU E.
Perforations d'utérus gravides par
projectiles de guerre (éclats de bom-
bes, de grenades)
Bull. Féd. Soc. de Gyn. et d'Obst.
1953 5:26
- 17 - POPADOPOULAS J.
Mém. de l'Academie de Chirurgie 1953
78:10
- 18 - ROCHAT R.C.
Provocation possible de mort intrauté-
rine de l'oeuf par l'iode radio-actif
Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. 1953
5:158
- 19 - ROWBOTHAM G.F., BEU K., AKEHEAD J., CAIRNS A.
Traumatisme cranien grave chez une
femme enceinte traitée par hypothermie
Lancet 1957 p. 1016-1019
- 20 - SCHNEIDER C.L.
Complications de la grossesse chez la
lapine provoquées par traumatisme expé-
rimental
Surg. Gyn. and Obst. 1950 90:613

- 21 - SEEGER W.H. et SCHNEIDER C.L.
Mécanisme de la coagulation sanguine et
ses rapports avec quelques problèmes
gynécologiques et obstétricaux.
In Suppl. Am. J. Obst. Gyn. 61A
1951 469-482
- 22 - SLOAN W.R.
Rupture du corps jaune de grossesse pen-
dant le coït provoquant un "ventre aigu"
suivi d'avortement
British Medical Journal - 3 juillet 1948
2:26-27
- 23 - TAUSSIG F.G.
L'avortement spontané et provoqué: aspects
médicaux et sociaux
C.V. Mosby Co St Louis 1936
- 24 - TRILLOT J. et Melle BERNARDY J.
A propos des interventions chirurgica-
les chez la femme enceinte
Ann.de Médecine Légale 1954 p. 53-57
- 25 - SUZOR R. et POLI-MARCHETTI
Influence des voyages aériens sur l'ap-
pareil génital de la femme, plus par-
ticulièrement chez la femme gravide
Gynécologie et Obstétrique (Suppl.)
1949 1 n°2 p. 110-111
- 26 - VINCENT J.P., PREYSSAS J., NAOURI G.
Avortement ou suicide
Annales de Médecine Légale 1954 p. 251
252
- 27 - WRIGHT C.H., POSNER A.C., Lr GILCHRIST J.
Plaies pénétrantes de l'utérus gravide
Am. J. of Obst. and Gyn. 1954
67: 1085-1090

TABLE DES MATIERES

=====

- I - ATTENTAT A LA PUDEUR, VIOL
- II - AVORTEMENT THERAPEUTIQUE
- III - STERILISATION PREVENTIVE
- IV - INSEMINATION ARTIFICIELLE
- V - AVORTEMENT CRIMINEL
- VI - METHODES ANTI-CONCEPTIONNELLES
- VII - TRAUMATISME ET GROSSESSE

